



PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/113460>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-06 and may be subject to change.

3544

Inbreng van Patiënten

Een onderzoek van spreekuurkontakten

Remy van der Grinten



Promotor: Prof. Dr. F.J.A. Huygen
Co-referent: Dr. A.J.A. Smits

Ondanks alle veranderingen zijn er in de geneeskunde nog steeds twee hoofdrolspelers: de patiënt en de dokter.

Grinten, R.F. van der
Inbreng van Patiënten; een onderzoek van spreekuurkontakten/
Remy van der Grinten
Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut
Proefschrift Nijmegen. Met samenvattingen in het Frans en in het Engels.
ISBN 90-9001977-4
Trefwoorden: Huisartsgeneeskunde. Participatie.

Omslag: Michiel van der Grinten, Utrecht
Lay-out advies: H. van Gerven, Kessel
Zetten: de Koning, Horst
Drukken: Wiel Valkenburg, Venlo
Engelse vertaling: P. Matthijs, Venlo; A. Cook, Ouddorp
Franse vertaling: Annemie van der Grinten, Venlo

Het beschreven onderzoek kon plaatsvinden door een ruime bijdrage van de Stichting Bijzondere Voorzieningen Noord-Limburg.
De uitgave van dit proefschrift was mogelijk mede door een subsidie van het Fons Wetenschappelijk onderzoek van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

Inhoud

Hoofdstuk I

Inleiding

Hoofdstuk II

Wat is er bekend over inbreng van patiënten?

- 1 Inleiding
- 2 Invoer
 - 2.1 De patiënt
 - 2.2 De klacht
 - 2.3 Redenen en hulpvragen
 - 2.4 Wensen en verwachtingen
 - 2.5 De eigen mening van de patiënt met betrekking tot een diagnose
- 3 Spreekuurkontakt
 - 3.1 Het patiëntenaandeel
 - 3.2 Het huisartsenaandeel, gezien in het licht van patiëntenparticipatie
- 4 Uitkomst
 - 4.1 Satisfactie van patiënten
 - 4.2 Beleidsbeslissingen van huisartsen
- 5 Een theoretisch model
- 6 Vraagstellingen

Hoofdstuk III

Onderzoeksopzet en methode

- 1 Begripsomschrijving en globale opzet
- 2 Steekproeftrekking
 - 2.1 Selektie van de huisartsen
 - 2.2 Selektie van de patiënten in de wachtkamer
 - 2.3 Selektie van de spreekuurkontakten
 - 2.4 Beschrijving van de steekproef
- 3 De meetinstrumenten
 - 3.1 De patiënt-vragenlijst 1
 - 3.2 De patiënt-vragenlijst 2
 - 3.3 De huisarts-vragenlijst
 - 3.4 Het observatie-instrument
- 4 Datareduktie
- 5 Overzicht van de analysevariabelen
- 6 Analyse-schema

Inhoud

Hoofdstuk IV

Bevindingen

- 1 De mogelijke inbreng
 - 1.1 Aard en omvang
 - 1.2 Onderlinge samenhang tussen aspecten van de mogelijke inbreng
 - 1.3 Samenhang van achtergrondgegevens met aspecten van de mogelijke inbreng
- 2 De feitelijke inbreng van patiënten tijdens het spreekuurkontakt
 - 2.1 Aard en omvang
 - 2.2 Onderlinge samenhang van aspecten van de feitelijke inbreng
 - 2.3 De wijze van inbrengen
- 3 De werkwijze van de huisartsen
- 4 In hoeverre is er samenhang tussen enerzijds de feitelijke inbreng van patiënten en anderzijds achtergrondgegevens, mogelijke inbreng van patiënten en werkwijze van huisartsen?
 - 4.1 Inleiding
 - 4.2 Selectie van de variabelen
 - 4.3 De diskriminantanalyses die betrekking hebben op de feitelijke inbreng van patiënten
- 5 In hoeverre is er samenhang tussen enerzijds de beleidsbeslissingen van de huisartsen en anderzijds achtergrondgegevens, feitelijke inbreng van patiënten en werkwijze van de huisartsen?
 - 5.1 Inleiding
 - 5.2 Selectie der variabelen
 - 5.3 De diskriminantanalyses die betrekking hebben op de beleidsbeslissingen
- 6 Een korte cursus
 - 6.1 Werkwijze van de huisartsen
 - 6.2 Feitelijke inbreng van de patiënten
 - 6.3 Beleidsbeslissingen van de huisartsen

Hoofdstuk V

Konklusies en beschouwingen

- 1 Beantwoording der vraagstellingen
- 2 Kritische kanttekeningen
- 3 Betekenis voor Gezondheids Voorlichting en Opvoeding
- 4 Betekenis voor de dagelijkse praktijk in de spreekkamer
- 5 Betekenis voor het beroepsonderwijs
- 6 Suggesties voor verder onderzoek

Inhoud

Hoofdstuk VI

Samenvatting

Resumé

Summary

Bijlagen

Literatuur

Curriculum vitae

Inleiding

Aanleiding tot dit onderzoek

Enkele voorvallen uit de praktijk:

- *"Dokter, mijn oor."* De dokter grijpt zijn otoscoop, kijkt in het oor, mompelt iets over.... *"rood"* en schrijft een recept, waarna de patiënt voordat hij de spreekkamer verlaat nog net de kans krijgt om te vragen of hij ermee mag zwemmen.
- Patient: *"....ik heb het aan mijn alvleesklier."*
Dokter: *"ik zal wel uitmaken wat u mankeert."*
- Een patiënt heeft al enige tijd last van zijn rug als hij bij de huisarts komt. Deze onderzoekt hem grondig en vindt geen afwijkingen hetgeen hij de patiënt meedeelt. Daarna geeft hij de patiënt papieren voor een fysiotherapeutische behandeling en een recept met een pijnstillers en adviseert hem twee weken niet te werken.

Zijn deze voorvallen kenmerkend voor spreekuurkontakten anno 1988?

Heeft een patiënt niet meer informatie te verschaffen dan *"mijn oor"*, en heeft hij geen vragen? Is de eigen mening van een patiënt over de diagnose niet belangrijk? Zou een patiënt niet kunnen meebeslissen over wat er moet gebeuren?

Passiviteit is een op de voorgrond staand kenmerk van de manier van omgaan van patiënten met hun arts, beweert men.⁶⁴

Een daarmee samenhangend aspect is dat de arts-patiëntrelatie zó zwaar geritualiseerd is en dat het maatschappelijk zó sterk is gegroeid de dokter als verantwoordelijke te zien, dat patiënten haast niet anders kunnen dan een ondergeschikte (afhankelijke) houding aannemen. Daarbij komt dat de dokter vaak de troefkaart in handen heeft: hij beslist of iemand verder gaat voor onderzoek naar laboratorium of röntgenafdeling, verwezen wordt of medicijnen krijgt.⁷⁴

Bij het bekijken en beluisteren van spreekuurkontakten is het ons en anderen opgevallen dat patiënten na de eerste zinnen uitgesproken te hebben inderdaad vaak naar het tweede plan verhuizen, waarna de huisarts meestal erg actief wordt.

Van 2500 spreekuurkontakten, waarvan audiobanden werden geanalyseerd, bleek ongeveer 75% *"doctor centered"* te zijn d.w.z. de dokter was de autoriteit, die patiënten informatie ontlokte door gerichte vragen en die de beslissingen nam.²¹

Het spreekuurkontakt zou men echter ook kunnen beschouwen als een vorm van samenwerking, waarbij huisarts en patiënt beiden hun inbreng hebben. Gezien het bovenstaande is ons de vraag steeds meer gaan intrigeren hoe het zit met de inbreng van patiënten tijdens het normale dagelijkse spreekuurkontakt. We besloten ons hierin verder te verdiepen en zo mogelijk een onderzoek in te stellen.

Relevantie van het begrip inbreng van patiënten

Volgens de moderne opvattingen in de geneeskunde wordt de patiënt geacht op de eerste plaats zelf verantwoordelijk te zijn voor lijf en leden, voor eigen gezondheid dus, hetgeen in de gezondheidszorg tot uitdrukking moet komen.^{12, 25, 35, 37} Maar de vraag is op welke wijze dat moet gebeuren.

Het maatschappelijk klimaat verandert ook: het blijkt dat mede door meer uitgebreide en betere medische informatie patiënten meer inbreng (willen) hebben met betrekking tot hun gezondheidszorg; men denke bijv. aan patiëntenverenigingen en patiëntenplatforms. Daarbij rijst de vraag wat dan die inbreng van patiënten inhoudt.

In de huisartsgeneeskunde is men het de laatste jaren steeds meer eens geworden over de wijze waarop in het algemeen een spreekuurkontakt dient te verlopen. De nadruk wordt gelegd op hulpverlening als een probleemoplossend proces. Daarbij wordt er veel belang gehecht aan hulpverlening volgens het participatiemodel.^{1, 34, 58, 72} Dit participatiemodel biedt in tegenstelling tot het klassieke medische model (de dokter vraagt, de patiënt geeft antwoord) ruimte voor inbreng van de patiënt. Wat onder inbreng verstaan moet worden, vraagt nadere beschouwing.

Doel van het onderzoek

Het was ons in dit onderzoek niet te doen om de toetsing van een of meerdere theorieën, maar het ging om een verkenning.

Ons onderzoek was erop gericht meer inzicht te verwerven in de inbreng van patiënten bij het spreekuurkontakt en de factoren waarmee deze samenhangt. In dat kader wilden we ook de werkwijze van de huisartsen bezien ten opzichte van die inbreng. Daarnaast wilden we onderzoeken in hoeverre de uitkomst van het konsult samenhang vertoont met de inbreng van patiënten.

En tenslotte wilden we nagaan in hoeverre huisartsen ertoe te brengen zijn de inbreng van patiënten te bevorderen, (afziend van de vraag of méér inbreng van de patiënt altijd gunstig is). Daartoe is aan de aan het onderzoek deelnemende huisartsen een korte cursus aangeboden met als hoofdthema: de inbreng van patiënten.

De verkregen inzichten kunnen gebruikt worden bij Gezondheids Voorlichting en Opvoeding, in de dagelijkse praktijk of bij het beroeps-onderwijs van huisartsen.

Algemene vraagstellingen

Het onderzoek is deels te beschouwen als een beschrijvend en deels als een exploratief, verklarend onderzoek gericht op direkt waarneembare feiten, die het spreekuurkontakt kenmerken.

Met het bovenstaande in gedachten, hebben wij aanvankelijk de volgende algemene vraagstellingen geformuleerd.

In hoeverre is het begrip "inbreng van patiënten" nader te omschrijven?

In hoeverre is er inbreng van patiënten bij het spreekuurkontakt en met welke factoren hangt deze samen?

In hoeverre is er samenhang tussen de uitkomst van het konsult en de inbreng van patiënten tijdens het spreekuurkontakt?

En tenslotte: in hoeverre zijn huisartsen in staat om, daartoe gemotiveerd door middel van een korte cursus, meer nadruk te leggen op de inbreng van patiënten?

Wat is er bekend over inbreng van patiënten?

1 Inleiding

Iemand die iets wil begrijpen van de samenwerkingsrelatie huisarts-patiënt dient allereerst inzicht te verwerven in beider rol bij deze interactie.

Om redenen genoemd in Hoofdstuk I gaat onze belangstelling vooral uit naar de rol van de patiënt bij die interactie. We hebben gezocht naar publikaties waarin onderzoek beschreven wordt dat betrekking heeft op de inbreng van patiënten tijdens het spreekuurcontact met de huisarts en factoren die mogelijk daarop van invloed zijn.

In de zeventiger en tachtiger jaren verschijnt er in toenemende mate literatuur over onderzoek betreffende de interactie tussen huisarts en patiënt; dit onderzoek is veelal op de huisarts en diens gesprekstechniek gericht. ^{5, 8, 9, 10, 11, 28, 30, 36, 43, 57, 59, 68}

De huisarts-patiënt-interactie blijkt weinig te zijn onderzocht vanuit de inbreng van patiënten. ^{14, 32, 44}

Een groot deel van de Angelsaksische literatuur over patiëntenparticipatie blijkt betrekking te hebben op "compliance", satisfactie en de bijdrage van de patiënt aan de gezondheidszorg in het algemeen; dit laatste betreft behalve het beleid vooral de "selfcare": zelfhulp binnen groepen patiënten.

In de Nederlandstalige literatuur wordt hier en daar de uitdrukking "inbreng van de patiënt" gebezigd, maar dit begrip wordt niet nader omschreven. ^{38, 76} Ook zijn wij gestuit op het begrip "ruimte voor de patiënt", waaronder wordt verstaan: de kansen die een patiënt krijgt om datgene naar voren te brengen, wat hem werkelijk bezighoudt. ⁷ Hoewel er de laatste jaren bij de huisartsenopleidingen veel aandacht is voor methoden die de mogelijkheid bieden meer ruimte te maken voor de patiënt, wordt dit begrip niet verder uitgewerkt. ^{1, 18, 33, 37, 48, 61, 65, 73}

Themans kwam na bestudering van de literatuur met betrekking tot het gesprek tussen huisarts en patiënt tot verrassende konklusies: in ongeveer 20% van deze literatuur wordt het feitelijk verloop van het spreekuurcontact beschreven; daarvan blijkt ruim tweederde alleen aandacht te schenken aan het gedrag van de huisarts in de gespreksituatie, de patiënt wordt niet of nauwelijks genoemd. ⁷⁵ In literatuuroverzichten van Di Matteo, Garrity en Pierloot valt dit ook op. ^{23, 30, 59}

Pendleton geeft een uitgebreid overzicht van de meest relevante literatuur betreffende de arts-patiëntkommunikatie. ⁵⁷ Ook daarbij valt op dat er weinig literatuurgegevens zijn over de inbreng van patiënten. ^{3, 4, 14, 20}

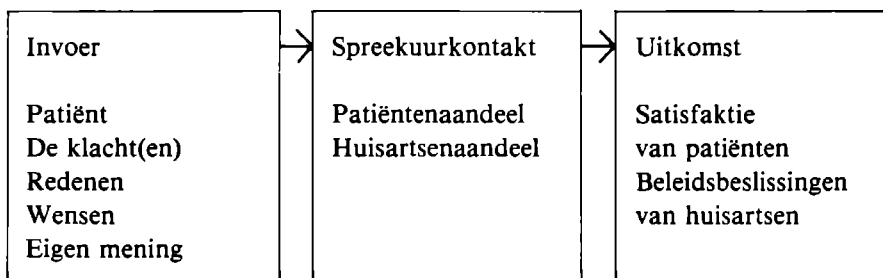
Pendleton pleit voor het gebruik van een input-proces-outcome-model bij de bestudering van de complexe materie rond de arts-patiënt-kommunikatie.⁵⁷ Wij zullen dit model in iets gewijzigde vorm gebruiken om de literatuur in dit hoofdstuk te rangschikken. Het model is als volgt te beschrijven: de patiënt komt naar de huisarts met een of meer klachten of verschijnselen, waarover hij eigen opvattingen heeft en die hem bijv. zó ongerust maken dat er reden is om een afspraak te maken met bepaalde verwachtingen ten aanzien van het komende konsult. Dit wordt door Pendleton tot de input gerekend. Naar analogie daarvan beschouwen wij als invoer: de patiënt, de klacht(en) en het geheel van redenen om hulp te vragen, wensen en verwachtingen ten aanzien van het konsult en eigen opvattingen omtrent de aard van de aandoening.

Het proces in Pendleton's model is door ons spreekuurkontakt genoemd, waarin het aandeel van de patiënt en van de huisarts door ons besproken zal worden.

Aan de outcome onderscheidt Pendleton een onmiddellijke uitkomst waaronder de satisfaktie van patiënten, een iets latere uitkomst waaronder "compliance" van patiënten, en een uitkomst op langere termijn waaronder de verandering in de gezondheidstoestand. In het kader van dit onderzoek met een beperkte tijdsduur hebben wij ons bezig gehouden met de onmiddellijke uitkomst. Naast de onmiddellijke uitkomst die betrekking heeft op de patiënt (zoals zijn satisfaktie), onderscheiden wij een onmiddellijke uitkomst die betrekking heeft op de beleidsbeslissingen van de huisarts.

Met behulp van het bovenstaande is een voorlopig theoretische model samengesteld.

Theoretisch model.



De verschillende onderdelen van dit model zullen hierna besproken worden.

2 Invoer

2.1 De patiënt

"Patiënt zijn" is niet identiek aan ziek zijn; het is louter uitdrukking van het bestaan van een relatie tussen arts en hulpzoekende.²⁵ Het is goed zich te realiseren dat er nimmer sprake kan zijn van "dé patiënt".

In werkelijkheid gaat het immers steeds om deze unieke persoon die op een bepaald moment in zijn bestaan deze arts raadpleegt. Bij wetenschappelijk onderzoek echter is het gewenst gebruik te maken van waarneembare, objectiveerbare en generaliseerbare kenmerken van die patiënt om te komen tot algemene wetmatigheden. Een aantal van deze patiënt-kenmerken zullen hieronder de revue passeren.

De *leeftijd* van de patiënt is ongetwijfeld een van de primaire variabelen, die een rol spelen bij het spreekuurkontakt.

Uit alle morbiditeitsregistraties blijkt dat de leeftijd behoort tot de basiskkenmerken van de patiënt, die het gebruik van voorzieningen in de gezondheidszorg beïnvloeden. Het ziektepatroon van ouderen is in het algemeen anders dan van jongeren, men denke bijvoorbeeld aan chronische aandoeningen als diabetes, hypertensie en reumatische aandoeningen.

Boreham vond samenhang tussen de leeftijd van patiënten en hun wensen en verwachtingen: 30 tot 49-jarigen gaven vaker aan hulp te willen bij psychosociale problemen dan jongeren en ouderen, terwijl de leeftijdsgroep boven de 30 jaar vaker een gesprek wilde over persoonlijke problemen.¹⁴ Sachs vond dat ouderen tijdens het spreekuurkontakt vaker vragen stelden dan jongeren.⁶⁴

Ook het *geslacht* van de patiënt kan beschouwd worden als een van de primaire variabelen die van belang zijn bij het spreekuurkontakt.

Uit morbiditeitsregistraties blijkt dat het aandeel van vrouwen in het gebruik van voorzieningen in de gezondheidszorg groot is.

Er zijn aanzienlijke verschillen in ziektepatroon tussen mannen en vrouwen, die kunnen samenhangen met verschillend hulpvraaggedrag bij beide geslachten; vrouwen lijden onder andere vaker aan hypochrome anaemie, vetzucht, varices aan de benen en cystitis; mannen vaker aan liesbreuken, longcarcinoom, coronaria-aandoeningen, ulcus duodeni.³¹

In een onderzoek van Bergsma bleek de beweegreden om naar de huisarts te gaan mede bepaald te worden door het geslacht: bij mannen lag hieraan vaker een plots opkomende nieuwe, vrij ernstige klacht ten grondslag en bij vrouwen vaker een bestaande, langer durende en minder ernstige klacht.

Bovendien bleken huisartsen bij mannen minder vaak terugkom-afspraken te maken dan bij vrouwen.¹⁰ Bij een ander onderzoek bleek dat mannen wat vaker expliciete wensen hadden dan vrouwen.³² Pendleton vond dat vrouwen meer dan mannen vragen stelden tijdens het spreekuurkontakt en dat artsen aan vrouwen meer informatie gaven dan aan mannen.⁵⁶ Het *opleidingsniveau* van de patiënt zou van invloed kunnen zijn op diens inbreng bij het spreekuurkontakt. Stimson en Webb stellen dat er een "competence gap" waarneembaar is tussen de patiënt en de arts, te vertalen met "verschil in bekwaamheid".⁷⁴ Dit verschil in bekwaamheid is een aanwijzing voor het verschil in soort kennis dat de arts en de patiënt ter beschikking hebben. Door zijn opleiding heeft de arts toegang tot specialistische kennis die de leek niet heeft, hetgeen de arts mogelijkheden biedt een groot aandeel te hebben in het denk- en beslisproces tijdens het spreekuurkontakt.

Deze kennis is weliswaar specifiek, maar men zou kunnen veronderstellen dat het verschil tussen patiënt en huisarts bij hoger opgeleide patiënten kleiner is en dat de patiënt dan een groter aandeel heeft bij het nemen van beslissingen; te meer daar meer opleiding meer medische kennis zou kunnen betekenen.^{22, 54} Deze relatie blijkt echter niet zo rechtlijnig te zijn: patiënten met alleen een lagere opleiding en diegenen met een hogere opleiding bleken wat vaker een hulpvraag met betrekking tot informatie te hebben dan die met een middelbaar opleidingsniveau.³²

De *bekendheid* met elkaar van de patiënt en de huisarts zou een rol kunnen spelen bij de inbreng van patiënten tijdens het spreekuurkontakt.

Deze bekendheid met de huisarts heeft vermoedelijk ook te maken met de konsultatiefrekwentie. Het spreekuurkontakt speelt zich immers niet af in een vacuüm: patiënt en huisarts kunnen elkaar eerder ontmoet hebben en hebben dan voorkennis van elkaar; dit stelt onder meer patiënten in staat te anticiperen op het spreekuurkontakt gebruikmakend van eerdere ervaringen.⁷⁴ Bergsma vond samenhang van de konsultatiefrekwentie met aspecten van de inbreng van patiënten en met de uitkomst van het konsult: hoogfrequent bezoekers bleken vaker te komen voor een gesprek of advies; bij een lage konsultatie-frekwentie bleek er minder verwezen te worden.¹⁰

Ook *zelfmedikatie* zou een rol kunnen spelen bij de inbreng van patiënten tijdens het spreekuurkontakt. Bij een enquête, die van de Lisdonk hield in vier huisartspraktijken, bleek ongeveer eenderde der respondenten zelfmedikatie toegepast te hebben; meer vrouwen dan mannen gaven op medicijnen te gebruiken.⁵⁰

2.2 De klacht

De klacht is het centrale element in het bezoek van de patiënt aan de huisarts. Wanneer wij ons echter realiseren hoe weinig de ene situatie waarin geklaagd wordt met de andere gemeen heeft, kan de vraag gesteld worden in hoeverre er uit een analyse algemeen geldende konklusies getrokken kunnen worden.¹⁶

Wanneer men probeert om toch van de klacht enkele algemeen geldende aspecten te benoemen, stuit men onmiddellijk op een probleem:

Welke betekenis moeten wij toekennen aan het woord klacht?

''Klacht'' blijkt een vaak gebruikt begrip te zijn, maar er is geen door iedereen aangehouden definitie, terwijl ook de begrippen klacht en aandoening vaak door elkaar gebruikt worden. Omdat vaak een klacht als zodanig niet direkt uitwendig waarneembaar is, zijn wij ervan uitgegaan dat datgene wat de patiënt als klacht naar voren brengt, een weerspiegeling is van wat hem op dat moment bezighoudt met betrekking tot door hem ervaren lichamelijke afwijkingen of stoornissen in het funktioneren.

In een onderzoek onder 70 patiënten in een huisartsenpraktijk bleek in 71% van de gevallen de eerste of voornaamste klacht betrekking te hebben op pijn of lichamelijk ongerief en in 6% was deze van psychologische aard. Bij 23% bleken er geen symptomen genoemd te zijn of was rubricering onmogelijk.⁶² In een vergelijkend Amerikaans-Nederlands onderzoek bleken in ongeveer een kwart van de konsulten vrij ernstige en/of ernstige klachten gepresenteerd te worden.¹³

De duur van de klachten blijkt van invloed te kunnen zijn op de inbreng van patiënten bij het spreekuurkontakt. Een aanwijzing daarvoor is dat patiënten met chronische aandoeningen meer wensen en verwachtingen bleken te hebben dan die met akute aandoeningen.³²

Uit het onderzoek van Neven bleek dat een op de vier patiënten langer dan 6 weken wachtte alvorens naar de huisarts te gaan.⁵⁴ Bergsma vond dat als patiënten de klachten langer dan 1 à 2 maanden hadden er vaker terugkom-afspraken gemaakt werden en vaker verwezen werd.¹⁰

2.3 Redenen van hulpvragen

De redenen om naar de dokter te gaan kan men ruwweg beschouwen als een funktie van de volgende factoren:

- vroegere ervaringen van de patiënt;
- invloed van de omgeving;
- beleavingsaspecten;
- opvattingen van de patiënt over gezondheid en ziekte.⁵⁶

De beslissing om naar de dokter te gaan zal mede bepaald worden door de *ervaring* die de patiënt al heeft gehad met dezelfde klacht of met spreekuurbezoek met betrekking tot die klacht. ⁵⁶

Zowel uit de naaste *gezinsomgeving* als uit de vrienden- en kennissenkring krijgt men gevraagd of ongevraagd advies als men een gezondheidsstoornis heeft. ^{26, 39, 40, 50, 53, 67, 70} Deze invloed van de omgeving zal kunnen doorwerken in het spreekuurkontakt. ⁵⁶

Bij de Reason For Encounter Classification en bij de International Classification of Primary Care gaat het om door de arts genoteerde redenen waarom iemand hulp vraagt, daarbij blijven *belevingsaspecten* goeddeels onbenoemd. ⁴⁵ Wij zijn van mening dat de reden van hulpvragen bij ziekte niet zonder meer is af te leiden uit de aard van de aandoening. Wij vinden dat men daarvoor inzicht moet hebben in de angst of ongerustheid die de patiënt beleeft en in verschijnselen als pijn, jeuk of hoesten. Jones geeft een goed overzicht van de literatuur, waaruit het belang blijkt dat in het algemeen gehecht wordt aan inzicht in de beleving van de klacht. ⁴¹ Het is dan ook opmerkelijk, zegt hij, dat er zo weinig gericht onderzoek is gedaan. Zola wordt vaak door onderzoekers geciteerd: er bestaan bepaalde "triggers", die aanleiding geven om medische hulp in te roepen. ^{2, 17, 54} Deze "triggers" zijn sterk persoonlijk van aard en geven aan de klacht een bepaalde, zeer persoonlijke geladenheid; denk b.v. aan puistjes in het gelaat van een puber. Neven haalt onderzoek aan van Rosenstock en Cassee, waarin gesteld wordt dat klachten, die kunnen wijzen op mogelijke ernstige afwijkingen, niet identiek behoeven te zijn met klachten die door de patiënt als ernstig worden ervaren; of anders gezegd: de ene patiënt kan door bepaalde symptomen angstig of bezorgd worden, terwijl een andere zich over dezelfde symptomen geen zorgen maakt. Daarom proberen wij in de redenen van hulpvragen de belevingsaspecten van de klacht te verduidelijken, zoals bij Neven ook gebeurt. ⁵⁴ Aan de beleving van de klacht zijn enkele aspecten te onderkennen die hieronder genoemd worden. ^{17, 41}

In de eerste plaats is dat pijn of hinder (bijvoorbeeld jeuk, hoesten). De konsekwenties van een klacht kunnen veel hinderlijker zijn dan de klacht zelf en dat kan ook nog verschillen van persoon tot persoon. Een prof-tenniser zal een tennisarm heel anders beleven dan een leraar geschiedenis, hoewel zij beiden niet zullen gillen van de pijn. Prikkelhoest is op zichzelf geen rampzalig gebeuren, maar een zangeres zal het anders beleven dan een bouwvakker of iemand die ruzie krijgt met zijn partner vanwege het hoesten 's nachts.

Een ander belevingsaspect is twijfel, doordat de klacht als ongewoon wordt ervaren. Iedereen heeft wel eens hoofdpijn of buikpijn en vele klachten staan bekend als frekwent voorkomend, onschuldig of redelijk voorspelbaar wat hun beloop betreft. Medische hulp wordt pas noodzakelijk geacht als de klacht heviger is of langer duurt dan gewoonlijk. Het ongewone is dan "meer last hebben dan anders", het "langer duren" of het gevoel dat "het anders is dan anders" en daardoor verontrustend.

Ongerustheid doordat de klacht als bedreigend ervaren wordt is eveneens een belevingsaspect. Iemand die ongerust is over zijn lichamelijk welzijn, kan om die reden medische hulp vragen of dat uitstellen omdat de ongerustheid zodanig is dat ze tot angst heeft geleid (patiënt-delay).⁵⁴

Opvattingen over gezondheid en ziekte kunnen een rol spelen bij de reden om hulp te vragen bij de huisarts. Het gaat daarbij met name over de opvatting dat gezondheid wel of niet bepaald wordt door het gedrag van de persoon zelf of door iets of iemand buiten die persoon. Wallston & Wallston ontwikkelden een schaal waarmee mensen onderling vergeleken kunnen worden met betrekking tot bovengenoemde opvattingen.^{42, 79}

De Nederlandse vertaling van de vragenlijst, waarop deze schaal berust, is in dit onderzoek gebruikt.

2.4 Wensen en verwachtingen

In velerlei onderzoek werd gevonden dat de meerderheid van de mensen die hun huisarts konsuleren, wil weten wat de oorzaak en aard van hun ziekte is, hoe ernstig het is, wat de reden en het resultaat van onderzoek zijn en welke soort behandeling nodig is.⁵⁷

Bij alledaagse aandoeningen vond van de Lisdonk dat er nogal veel verschillen zijn in de verwachtingen die patiënten hadden van de medische hulpverlening met betrekking tot diagnostiek, medicijnen en therapeutische mogelijkheden.⁵⁰ In een Amerikaans onderzoek bij ruim 7000 patiënten van verschillende huisartsen werd gevonden dat 11% van de mensen naar het spreekuur kwam voor een omschreven handeling of recept.⁴⁵

Bradley vond bij 348 patiënten onder andere dat 61% advies of suggesties wilde over zelfhulp en dat 45% een recept verwachtte.¹⁵

In een vergelijkend onderzoek in Nederlandse en Amerikaanse praktijken bleek in de Nederlandse groep het aksent te liggen bij verwachtingen met betrekking tot een recept, de oplossing van problemen en lichamelijk onderzoek. In de Amerikaanse groep was er meer spreiding, waarbij het verwijzingsaspect ontbrak, omdat in de VS rechtstreeks specialisten worden geraadpleegd.¹³

2.5 De eigen mening van de patiënt met betrekking tot een diagnose

Het analyseren van een spreekuurkontakt vanuit een medisch-besliskundige optiek levert een eenzijdig beeld op van wat zich afspeelt tijdens dat spreekuurkontakt. Het is van belang zich te realiseren, dat patiënten ook vanuit een niet-professioneel medisch optiek kunnen opereren. Zoals de arts mede optreedt vanuit zijn medisch-professionele referentiekader, zo kunnen patiënten mede vanuit hun lekenreferentiekader optreden. Een belangrijke vraag in dit verband is of een patiënt zijn eigen ideeën heeft over wat er aan de hand is en wat er moet gebeuren en zo ja, wanneer en op welke wijze hij deze (ideeën) inbrengt tijdens het spreekuurkontakt.³⁸

In het reeds genoemde onderzoek onder 348 patiënten bleek 72% een idee te hebben van wat er aan de hand is.¹⁵ Bij een onderzoek onder ziekenhuispatiënten bleek onder meer dat 60% van 754 patiënten een goed idee heeft over de eigen toestand (waaronder de diagnose) maar dat nog geen 40% van de daarover ondervraagde artsen dit verwachtte.⁶⁰

3 Spreekuurkontakt

Het opsplitsen van het spreekuurkontakt in een patiënt- en huisartsdeel is weliswaar kunstmatig, maar maakt het mogelijk meer inzicht te verwerven in deze complexe interactie. Eerst zullen we beschrijven wat wij in de literatuur omtrent het aandeel van de patiënt bij die interactie gevonden hebben. Daarna volgt het aandeel van de huisarts, gezien in het licht van de patiëntenparticipatie.

13

3.1 Het patiëntenaandeel

Het lijkt wel of patiënten geneigd zijn te denken dat *vragen stellen* aan de dokter een gebrek aan vertrouwen betekent.⁵⁶ In een tweetal onderzoeken werd gevonden dat, hoewel patiënten vóór het konsult vaak aangaven graag informatie te willen, ze tijdens het konsult niet vaak iets vroegen.^{14, 55}

In hun studie, waarbij nagegaan is in hoeverre medische informatie verstrekt wordt na vragen van patiënten of op initiatief van de huisartsen, vonden Boreham en Gibson dat patiënten zelden vragen stellen over de oorzaak van de aandoening, de diagnose, de gevolgen en over de behandeling; de informatie die patiënten kregen hing grotendeels af van wat de dokter hun vertelde.¹⁴ Zij vermelden ook dat Pratt e.a. al in 1957 stelden dat patiënten blijkbaar wachten tot de dokter initiatieven neemt, terwijl deze de passiviteit van de patiënt opvat als blijk van desinteresse en onvermogen om de informatie van de arts te begrijpen.¹⁴ In het onderzoek van Bain bleek de grootste verbale bijdrage van de patiënt aan het konsult, zoals te verwachten, "symptom presentation" te zijn, maar het was verrassend hoe relatief klein het aantal vragen was. In ongeveer 25% van ruim 1000 konsulten stelden patiënten geen enkele vraag. Van de totale verbale interactie tussen patiënt en huisarts werd door de patiënten ongeveer 45% gebruikt, waarvan ongeveer 6% aan het vragen stellen.^{3, 4} Maar in een onderzoek met 216 konsulten vond Sachs dat 43% van de patiënten na het probleem verteld te hebben, vragen had over specifieke zaken als: advies, geruststelling, informatie, behandeling, recept, verwijzing. (Als er meer tijd was, kwamen er ook meer specifieke verzoeken).⁶⁴ Het zou kunnen dat de mate van vragen stellen samenhangt met de ongerustheid van de patiënt.⁵⁷

De informatie die patiënten *verstrekken*, kan deels betrekking hebben op de periode, vóórdat zij naar het spreekuur komen (de "premedische fase") en betreft vooral het begintijdstip van de klacht, de plaats in het lichaam waar de klacht gezeteld is, de omstandigheden waaronder de patiënt last heeft, zelfmedikatie en belevingsaspecten. In het hierboven reeds genoemde onderzoek van Bain werd gevonden dat van de 45% voor rekening van patiënten komende verbale interactie 6% besteed werd aan de beleving van de klacht.^{3, 4}

Thomassen vond dat van de verbale akties van patiënten (zowel vragen stellen als informatie geven) 15% betrekking heeft op zelfmedikatie, 11% op de plaats van de klacht, 5% op de omstandigheden van last en 2% op fluktuaties in klachtbeleving.⁷⁶

Daarnaast kan de informatie van patiënten betrekking hebben op eigen opvattingen betreffende oorzaak, diagnose en gevolgen van de aandoening en het te voeren beleid. Met betrekking tot deze opvattingen van patiënten is door Sachs gevonden dat slechts in 13% van de spreekuurkontakten door de patiënten een diagnose genoemd wordt.⁶⁴ Bij Thomassen ging het bij de verbale aktie van de patiënten om 3% die betrekking had op de oorzaak van de aandoening en 2% op de gevolgen ervan.⁷⁶

Uit deze onderzoeksbevindingen in de literatuur blijkt dat patiënten in het algemeen weinig informatie verschaffen.

Wat betreft het *nemen van beslissingen* blijken patiënten graag betrokken te worden bij beslissingen betreffende hun gezondheid en behandeling.²

Uit het onderzoek van Sachs bleek dat patiënten het meest behoefte eraan hebben: dat de dokter naar hen luistert, hun probleem begrijpt en dat de dokter de verantwoordelijkheid daarvoor op zich neemt. Deze behoefte van patiënten bleek onafhankelijk van het probleem waarmee zij naar de huisarts kwamen. Bij uitgebreide interviews na het konsult overheerste de indruk dat de patiënten vonden dat er aan hun behoefte tegemoet gekomen was. Bij het analyseren van de konsulten werden er aanwijzingen gevonden dat patiënten de beslissingen van de huisarts kunnen beïnvloeden en dat in 43% van de gevallen ook daadwerkelijk doen. Deze onderzoekster relateerde de invloed die patiënten kunnen uitoefenen op het besluitvormingsproces aan het informatie-verschaffen door patiënten. Zij stelt dat het vragenstellen en informatie verschaffen door de patiënten en de reactie daarop van de huisarts een idee geeft van het aandeel van de patiënt in het denk- en beslisproces.⁶⁴

3.2 Het huisartsenaandeel, gezien in het licht van patiëntenparticipatie

15

Vaak wordt het huisarts-patiëntkontakt gekenmerkt door een latente konfliktsituatie.⁵⁸ De patiënt zit in moeilijkheden, is emotioneel (zeer) sterk betrokken bij deze problemen; hij is onzeker over de uitkomst en wil veel en duidelijke informatie; hij heeft een "profound desire to know how things really stand". De huisarts daartegenover kan onmogelijk alle moeilijkheden oplossen en kan evenmin die emotionele betrokkenheid tot de zijne maken; hij is niet in staat alle onzekerheid en angst bij de patiënt weg te nemen; hij zal vaak aan de klacht een andere uitleg geven dan de patiënten zelf. Van de arts wordt verwacht dat hij met zijn werkwijze een weg vindt in dit spanningsveld tussen enerzijds deskundigheid, objectiviteit, functioneel helpen en anderzijds betrokkenheid bij en bewogenheid met de mens die hulp nodig heeft.

Met andere woorden men verwacht dat hij enerzijds de patiënt objectief benadert (als een "object" beschouwt) en anderzijds de persoonlijkheid van de patiënt in de relatie tot zijn recht laat komen, dat wil zeggen de patiënt ten volle als subjeekt erkent. Een van de belangrijkste problemen voor de huisarts is: op een verantwoorde manier een voortdurende schakel leggen tussen de beleavingswereld van de patiënt en het eigen medische kennis- en handelingsgebied.²⁹

Thomassen vond dat de verbinding tussen denk- en beleavingswerelden van huisarts en patiënt slechts ten dele tot stand komt en vooral toe te schrijven is aan het sturend gedrag van huisartsen of volgend gedrag van patiënten.⁷⁶ Sachs stelde vast dat hoe meer de huisarts vraagt des te minder de patiënt vraagt.⁶⁴ Bensing en Verhaak vonden dat pas als huisartsen hen daartoe gericht stimuleerden, patiënten over hun problemen bleken te praten; huisartsen deden dit overigens pas als zij de klacht voldoende ernstig vonden of omdat zij de psychosociale komponent ervan groot genoeg achtten.⁶ Smits e.a. konden waarnemen dat huisartsen, die zich meer openstelden voor de patiënten en duidelijk waren over hun denkproces, bedoelingen en handelen, adequater bleken te reageren op klachten van patiënten, zowel in medisch-technische zin als in psychosociaal opzicht.⁶⁹

Spreeuwenberg noemt in dit kader een drietal modellen om de wijze te beschrijven waarop artsen patiënten kunnen benaderen.⁷² Deze modellen hebben primair betrekking op de menselijke aspecten van de arts-patiënt-relatie. De wijze waarop de medisch-technische aspecten door de arts gehanteerd worden, is een gevolg van deze relatie tussen arts en patiënt. De vorm van de relatie wordt natuurlijk mede bepaald door de situatie en door de persoonlijke kenmerken van arts en patiënt.

- In het mechanistisch model reduceert de arts zichzelf tot object; hij fungeert enkel als instrument voor de uitvoering van de wensen van de ander; door deze mechanistische uitvoering van de behoeften, wensen en opvattingen reduceert de arts niet alleen zichzelf, maar ook de patiënt tot een object.
- In het paternalistische model overheersen de normen, waarden en opvattingen van de arts. Er is geen sprake van een dialoog tussen arts en patiënt. De normen, waarden en opvattingen van de patiënt worden getoetst aan die van de arts en als het ware door zijn optiek gefilterd. Deze ongelijkwaardigheid reduceert de patiënt tot object van handelen van de arts.
- In het participatiemodel wordt de deskundigheid dienstbaar gemaakt aan het subjezt-zijn. Er is een onverbreekelijke relatie tussen objectiverende activiteiten en de erkenning van het subjezt; er wordt expliciet plaats ingeruimd voor de opvattingen, normen en waarden van arts én patiënt. Beide partners erkennen en herkennen elkaar als object en subjezt.

Door Byrne en Long zijn er twee uitersten onderscheiden bij het beschrijven van de werkwijze van huisartsen volgens het participatiemodel. ^{21, 57}

Aan de ene kant "doctor-centered": de huisarts neemt alle verantwoordelijkheid op zich, hij geeft niet veel ruimte aan de patiënt, noch tijd en aandacht. De huisarts is de autoriteit, die de patiënt informatie ontlokt door gerichte vragen en die bepaalt wat het beste plan is. Hij neemt de beslissingen en maakt de patiënt afhankelijk. Aan de andere kant "patiënt-centered": de patiënt is de hoofdverantwoordelijke. Hij krijgt veel ruimte om zijn kennis en ervaringen te laten zien, waarvan de huisarts gebruikt maakt.

De patiënt wordt betrokken bij de besluitvorming en beslist alleen of samen met de huisarts wat er gaat gebeuren. De huisarts probeert de patiënt niet afhankelijk te maken. "Patiënt-centered" is te vertalen met "op inbreng van de patiënt gericht". Deze op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze van huisartsen is te beoordelen aan de hand van een aantal kenmerken, die bekend zijn van het observatie-instrument voor preventieve vaardigheden van huisartsen. ⁶⁸ Deze zijn:

- een oriënterende beginfase van het contact waarin de huisarts aan patiënten ruimte geeft hun eigen hypothesen te ventileren en een denkspoor te vormen;
- een goede hulpvraagverheldering waarbij de huisarts directe pogingen doet om te achterhalen waarvoor patiënten komen en welke wensen en verwachtingen zij hebben;

- het verstrekken van uitgebreide en duidelijke informatie aan patiënten, noodzakelijk om verantwoordelijkheid te kunnen dragen en om patiënten te betrekken bij belangrijke beslissingen over hun eigen lichaam;
- het hulp bieden bij beslissingen; dit gaat verder dan het overdragen van objectieve informatie: de huisarts probeert de patiënten ook aan te moedigen om mee te denken, bijvoorbeeld door open vragen te stellen en door zijn opvattingen weer te geven, zodat patiënten hun mening kunnen toetsen aan de opvatting van de huisarts. Patiënten kunnen dan een meer afgewogen beslissing nemen en de huisarts hoeft niet meer autonoom te beslissen, maar kan dat doen in gezamenlijk overleg met de patiënt.

17

Met behulp van deze kenmerken blijkt het mogelijk te zijn te beoordelen of de werkwijze van huisartsen meer of minder op inbreng van patiënten gericht is.

4 Uitkomst

18

4.1 Satisfactie van patiënten

Zoals in de inleiding gezegd is, beperken wij ons tot het facet van de uitkomst, dat door Pendleton benoemd is als onmiddellijke uitkomst.⁵⁷ Daartoe wordt onder meer gerekend de satisfactie van patiënten.

Uit de geraadpleegde literatuur komt naar voren, dat het meten van de tevredenheid van patiënten, direkt in aansluiting aan het konsult, veelal een identiek beeld laat zien: patiënten zijn overwegend tevreden als zij uit de spreekkamer komen.⁶⁶

4.2 Beleidsbeslissingen van huisartsen

Naast de patiëntensatisfactie kan er aan de onmiddellijke uitkomst nog een facet onderkend worden, dat betrekking heeft op de beleidsbeslissingen der huisartsen. Onder beleidsbeslissingen verstaan wij diagnostische en therapeutische activiteiten van huisartsen, zoals "het verrichten van lichamelijk onderzoek", "het uitschrijven van een recept" en "een gesprek voeren". In het onderzoek van Bradley werd gevonden dat 57% van de patiënten een recept kreeg.¹⁵

5 Een theoretisch model

19

Met behulp van het input-proces-outcome-model van Pendleton is er overzicht verkregen van de literatuur die te maken heeft met de arts-patiëntkommunikatie in het algemeen en met de inbreng van de patiënt in het bijzonder. Het begrip inbreng van de patiënt komt weliswaar voor, maar wordt niet als zodanig beschreven. De literatuur hieromtrent overziend blijkt men onderscheid te kunnen maken in *mogelijke inbreng* en *feitelijke inbreng*.

Mogelijke inbreng is datgene wat patiënten zouden kunnen inbrengen; daaronder is te verstaan het geheel aan redenen, wensen en eigen opvattingen waarmee patiënten naar de huisarts komen en waarvan een deel of het geheel naar voren gebracht zou kunnen worden tijdens het spreekuurkontakt.

Feitelijke inbreng komt tot uitdrukking in wat zich daadwerkelijk verbaal afspeelt tijdens het spreekuurkontakt. Aan feitelijke inbreng hebben wij een aantal aspecten onderscheiden. Deze aspecten vloeien voort uit de omschrijving van een van de basisvaardigheden van huisartsen "het hanteren van de huisarts-patiënt-relatie", zoals die beschreven is in het boek "Huisarts en somatische fixatie".³⁴

Volgens deze beschrijving is de essentie van die basisvaardigheid:

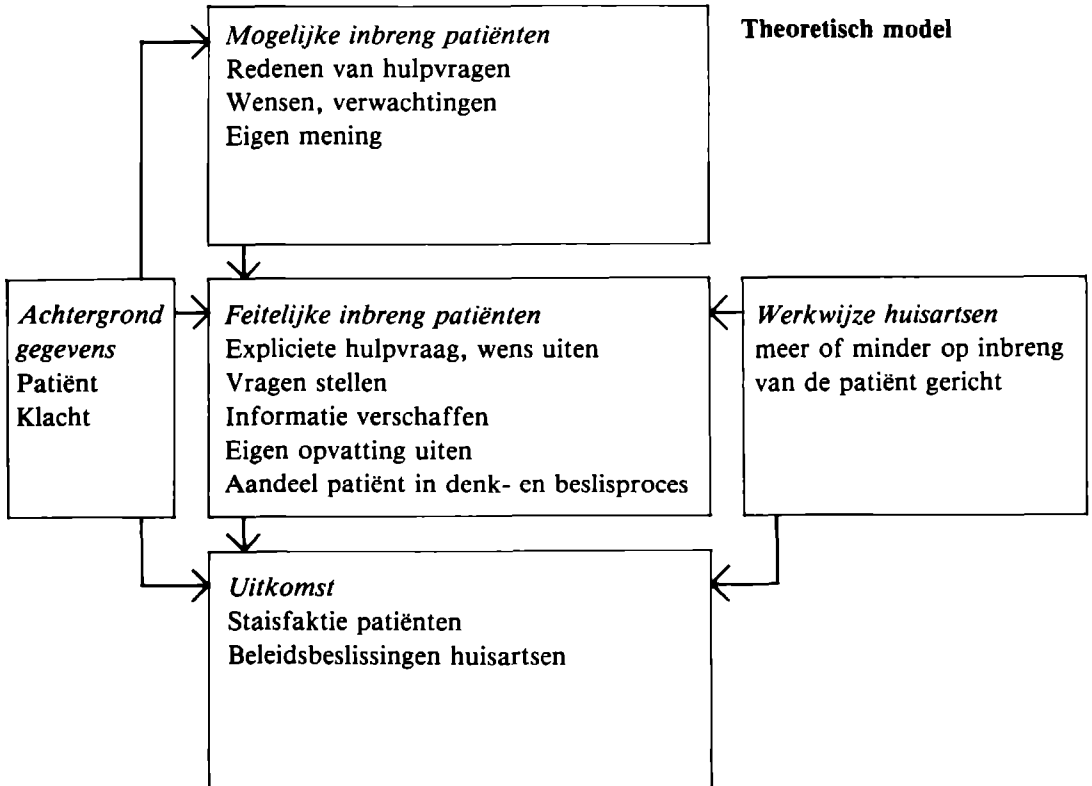
"het scheppen van een open en veilige relatie met de patiënt, waarin deze de kans krijgt enerzijds om met zijn verhaal te komen en met zijn wensen, anderzijds om mee te denken over wat er aan de hand is en mee te beslissen over wat er moet gebeuren".

De bedoelde aspecten van de feitelijke inbreng zijn:

- het uiten van expliciete hulpvragen en wensen;
- het vragen stellen door de patiënt;
- het informatie verschaffen door de patiënt;
- de eigen mening van de patiënt omtrent diagnose en behandeling;
- het aandeel van de patiënt in het denk- en beslisproces.

De patiënt en de klacht zijn weliswaar de centrale elementen in het kontakt tussen de patiënt en de huisarts, maar in dit onderzoek zijn wij er vooral op uit ons een beeld te vormen van wat -behalve de klacht- de inbreng van patiënten bij het spreekuurkontakt is. De patiënt en zijn klacht beschouwen wij in dit verband als achtergrondgegevens, die van invloed kunnen zijn op de mogelijke en feitelijke inbreng van patiënten en op de "uitkomst" van het konsult. De werkwijze van huisartsen blijkt te beoordelen te zijn naar de mate waarin deze op inbreng van patiënten gericht is. Op grond van dit alles is het theoretisch model ontworpen, zoals dat is afgebeeld op de volgende bladzijde.

20



6 Vraagstellingen

Na dit literatuuronderzoek kunnen wij aan de hand van het theoretisch model onze oorspronkelijke vraagstelling thans als volgt toespitsen.

21

- 1 Wat is de aard en omvang van de mogelijke inbreng van patiënten?
- 2 In hoeverre hangt deze mogelijke inbreng van patiënten samen met achtergrondgegevens?
- 3 Wat is de aard en omvang van de feitelijke inbreng van patiënten tijdens het spreekuurkontakt?
- 4 In hoeverre is er samenhang tussen de feitelijke inbreng enerzijds en achtergrondgegevens, mogelijke inbreng van patiënten en een meer op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze van huisartsen anderzijds?
- 5 In hoeverre is er samenhang tussen de uitkomst van het spreekuurkontakt enerzijds en achtergrondgegevens, feitelijke inbreng van patiënten en een meer op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze van de huisarts?
- 6 In hoeverre is een korte cursus voor huisartsen, waarin grote nadruk is gelegd op de betekenis van de inbreng van patiënten, van invloed op de werkwijze van huisartsen, op de feitelijke inbreng van patiënten en op de uitkomst van het spreekuurkontakt?

Onderzoeksopzet en methode

1 Begripsomschrijving en globale opzet

23

Ten aanzien van de vraagstellingen is het van belang vast te stellen dat dit onderzoek een exploratief karakter heeft. Dit type onderzoek is vooral geschikt wanneer nog weinig empirische of theoretische kennis beschikbaar is.²⁷

Uit het vorige hoofdstuk is gebleken dat er weinig kennis omtrent de inbreng van patiënten bestaat. Het is duidelijk dat we ons begeven op het ingewikkelde terrein van een interactieproces, waarbij het gedrag van de patiënt niet los te zien is van dat van de huisarts en omgekeerd.

Om hierbij het hoofd boven water te houden hebben we dit interactieproces uiteengerafeld en sterk versimpeld door het geheel in een tijdvolgorde te plaatsen, daarbij gebruikmakend van het model, zoals aan het slot van het vorige hoofdstuk beschreven werd. Voor ons onderzoek betekent dit dat we de patiënten zullen volgen door op een aantal opeenvolgende momenten enkele waarnemingen te doen.

- Allereerst gaan we na waarmee de patiënt naar het spreekuur komt, de *mogelijke inbreng*. De gegevens voor dit deel van het onderzoek hebben we verkregen door vóór het konsult de patiënt in de wachtkamer van de huisarts enkele schriftelijke vragen voor te leggen.
- Vervolgens gaan we na hoe en in welke mate de patiënt zich tijdens het spreekuurkontakt verbaal uit, de *feitelijke inbreng*. Daartoe beluisterden we het konsult in de spreekkamer van de huisarts.
- Tenslotte gaan we na hoe de situatie is wanneer de patiënt de spreekkamer verlaat, de *uitkomst*. Dit is gebeurd met behulp van vragenlijsten voor de patiënten en de huisartsen, direkt na het konsult.

Door op deze manier de patiënt te volgen, krijgen we een indruk van de inbreng van patiënten bij het spreekuurkontakt en wel in het bijzonder van de relatie tussen wat aan het eigenlijke konsult voorafgaat, wat er tijdens het spreekuurkontakt gebeurt en waartoe dat konsult leidt.

De verschillen tussen spreekuurkontakten die naar voren komen vragen vervolgens om een verklaring. Welke factoren bepalen dat de inbreng van patiënten daarbij verschilt?

Zoals we al eerder opmerkten, kan de inbreng van patiënten niet los gezien worden van het gedrag en de *werkwijze van de huisarts*. In dit onderzoek gaan we daarom na in hoeverre de werkwijze van de huisarts gericht is op het bevorderen van de inbreng van patiënten. De observatie c.q. het beluisteren van de spreekuurkontakten geeft daartoe de mogelijkheid.

Een andere faktor die we onder de loep nemen, is de *aard van de aandoening* waarvoor de patiënt hulp inroept. We zullen nagaan of de aard en omvang van de inbreng hierdoor mede bepaald worden.

Tenslotte zullen we nagaan in hoeverre verschillen in de inbreng van de patiënt te maken hebben met een aantal *kenmerken van de patiënt*, zoals leeftijd, geslacht, opleiding e.d.

Om alle benodigde gegevens te verzamelen werd aan een aantal huisartsen medewerking gevraagd om in hun praktijk patiënten te volgen vanaf de wachtkamer tot na het spreekuurkontakt. Om deze medewerking voor de huisartsen aantrekkelijk te maken, werd hen een korte cursus aangeboden. In deze cursus werd in twee maanden tijd driemaal een dag besteed aan het thema "inbreng van patiënten" met behulp van o.a. audio- en videobanden en rollenspelen. In het kader van hetzelfde thema kregen de deelnemers voor de tussenliggende weken opdrachten uit te voeren, die tijdens de kursUSDagen geëvalueerd werden. Een volledige handleiding voor een dergelijke cursus is beschikbaar. Door deze opzet bestond de mogelijkheid om de helft van de gegevens vóór en de andere helft ná de cursus te verzamelen. Zodoende konden eventuele verschillen in de werkwijze van de huisarts vóór en ná de cursus worden opgespoord, evenals de mogelijke invloed daarvan op de feitelijke inbreng van de patiënt en op de uitkomst van het konsult.

Hier zij nadrukkelijk gesteld dat de verkregen gegevens spreekuurkontakten betreffen en op kontaktniveau bewerkt zijn. Er zal dus voornamelijk gesproken worden over "kontakten waarbij patiënten", al zal ter wille van de zinsbouw hier en daar de patiënt onderwerp van de zin zijn.

In het hierna volgende schema wordt grofweg aangegeven op welke manier de hierboven besproken begrippen gemeten werden.

Globale onderzoeksopzet

Moment van dataverzameling	Meetmethode	Begrippen
vóór het konsult (wachtkamer)	vragenlijst patiënt (1)	achtergrondgegevens mogelijke inbreng van patiënt
tijdens het konsult (spreekkamer)	beoordeling audio-opnames	feitelijke inbreng van patiënt werkwijze huisartsen
na het konsult	vragenlijst patiënt (2) vragenlijst huisarts	uitkomst volgens patiënt uitkomst volgens huisarts

Bij een omvangrijke groep patiënten (562) zijn gegevens van het spreekuur-kontakt verzameld, zowel vóór als ná het konsult bij de huisarts in de spreekkamer. Van al deze spreekuurkontakten werd weliswaar het konsult in de spreekkamer op audioband vastgelegd, maar slechts een gedeelte hiervan (160) werd beoordeeld en geanalyseerd. Immers deze meetprocedure is dermate arbeidsintensief, dat het niet mogelijk was alle verzamelde gegevens te benutten. Zoals al eerder vermeld, is een gedeelte van de gegevens verzameld vóór de cursus aan de huisartsen en een gedeelte ná de cursus.

2 Steekproeftrekking

26

De in de vorige paragraaf genoemde spreekuurkontakten, waarvan de gegevens uiteindelijk werden gebruikt in de analyse, vormen het eindresultaat van een reeks opeenvolgende selecties: de selectie van deelnemende huisartsen, de selectie van patiënten in de wachtkamer en de selectie van spreekuurkontakten, waarvan het audiomateriaal werd beoordeeld. We zullen deze drie stappen hieronder bespreken.

2.1 Selectie van de huisartsen

Het exploratieve karakter van dit onderzoek stelde geen specifieke eisen aan de omvang van de steekproef. Wel leek het ons wenselijk gezien het grote aantal aspecten, die aan het begrip "inbreng van patiënten" zijn te onderscheiden, dat we over enige honderden spreekuurkonsulten dienden te beschikken. Daarnaast beoogden we ook de eventuele invloed van de werkwijze van de huisarts te onderzoeken. Dat maakte het nodig om spreekuurgegevens te verzamelen van verschillende huisartsen.

Een bestaande groep van 14 huisartsen, verbonden als opleider aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (NUHI) leek ons geschikt, omdat:

- de bereidheid om mee te werken aan onderzoek groot geacht mocht worden vanwege de verbondenheid met het NUHI;
- de groep huisartsen ervaring had met het gebruik van audio-opname-apparatuur in de spreekkamer;
- de groep regelmatig bijeen kwam op zogenoemde "terugkomdagen", zodat voorlichting over het onderzoek in zo'n bijeenkomst kon worden gegeven; een aantal van deze bijeenkomsten kon worden gebruikt om de cursus te geven.

Alle 14 leden van de groep waren bereid medewerking te verlenen.

De diversiteit met betrekking tot hun achtergronden, zoals leeftijd, aantal jaren ervaring, opleidingsplaats, praktijksetting (Bijlage III-1) leek ons voldoende garantie te bieden voor een redelijke variatie in werkwijze.

2.2 Selectie van de patiënten in de wachtkamer

Dit onderzoek betreft een zogenaamd loketonderzoek en beperkt zich tot patiënten die naar het spreekuur van de huisarts gekomen zijn. Het is een groep, die een onderdeel vormt van de bij de huisarts ingeschreven patiënten.

Aan de assistentes van deze huisartsen is gevraagd om gedurende een 3-tal spreekuurochtenden in de maand juni 1982 (vóór de cursus) en in oktober 1982 (ná de cursus) de patiënten in de wachtkamer om medewerking te vragen. Zij reikten de vragenlijsten alleen uit aan patiënten, van wie mocht worden aangenomen dat zij zelf een vragenlijst konden invullen. Buitenlanders, ouders met kleine kinderen, analfabeten, erg oude mensen en bijziende mensen die hun bril niet bij zich hadden vielen derhalve af. Aan de assistentes is verzocht om dié patiënten te selekteren, die met een nieuwe, nog niet eerder gepresenteerde, klacht de huisarts wilden konsuleren. We wilden namelijk dit onderzoek beperken tot zogenoemde nieuwe-klacht-patiënten van wie op voorhand een andere inbreng bij het spreekuurkontakt met de huisarts verwacht mag worden dan van patiënten, die al een of meerdere malen over hun klacht met de huisarts hebben gesproken. Men denke bijvoorbeeld aan informatie over het begin van de klacht, die bij een herhaald bezoek aan de huisarts niet meer ter sprake komt. Achteraf bleek deze instructie niet tot het gewenste resultaat te hebben geleid: van de uiteindelijke steekproef bleek toch nog 18% van de patiënten te zijn terugbesteld volgens de huisarts. Dat betekent dus, dat de beoogde beperking tot "nieuwe-klacht-patiënten" niet is gelukt; dit was echter wel grotendeels mogelijk bij de selectie van de op audioband geregistreerde spreekuurkontakten (zie de volgende paragraaf). Bij de 14 huisartsen zijn op deze wijze vragenlijstgegevens verzameld van 593 patiënten. Na zuivering op inkonsistente gegevens en zeer onvolledig ingevulde vragenlijsten bleven er gegevens over van 562 patiënten; gemiddeld 40 patiënten per huisarts, variërend van 21 tot 55 patiënten; 64% vóór de cursus en 36% erna.

2.3 Selectie van spreekuurkontakten

De uiteindelijke steekproef van spreekuurkontakten, waarvan de audio-opname is beoordeeld en geanalyseerd, is als volgt in zijn werk gegaan. Allereerst zijn de volgens de huisarts "terugbestelde" patiënten uit de steekproef verwijderd. Daarbij deed zich een probleem voor dat inherent is aan de huisartsenpraktijk. Tijdens de beoordeling van het audiomateriaal bleken er toch nog een aantal "terugbestelde" patiënten in het bestand te zitten. Wanneer bij deze kontakten naast de klacht, waarop de "terugbestelling" betrekking had, ook een nieuwe klacht ter sprake werd gebracht, werd het kontakt toch voor beoordeling gehandhaafd.

Om de eventuele invloed van de cursus te kunnen vaststellen moesten er voldoende contacten ná de cursus bruikbaar zijn. Omdat er 5 huisartsen ná de cursus te weinig konsulten op audioband hadden opgenomen, zijn deze buiten beschouwing gelaten.

Uiteindelijk konden van 7 huisartsen elk 18 en van 2 huisartsen elk 17 spreekuurkontakten willekeurig geselecteerd worden. Er bleven aldus 160 bruikbare spreekuurkontakten over, per huisarts gelijkelijk verdeeld over de perioden vóór en ná de cursus.

Een inhoudelijke moeilijkheid betrof de eenduidigheid van de klacht, waarop de verschillende vragenlijst- en observatie-gegevens betrekking hadden. Bij beluistering van de bandopname bleek namelijk de klacht, die de patiënt vóór het konsult op de vragenlijst had ingevuld, niet altijd overeen te stemmen met de eerste of belangrijkste klacht die tijdens het konsult door de patiënt ter sprake werd gebracht. We hebben ons afgevraagd waardoor dergelijke diskrepanties veroorzaakt kunnen zijn. Als eerste mogelijke verklaring kan de formulering van de vraag in de vragenlijst worden genoemd. Deze luidde voor de klacht: "Wat is de voornaamste klacht of wat zijn de verschijnselen waarvoor U naar het spreekuur komt?". Voor de diagnose luidde deze: "Wat denkt U dat U mankeert (wat is uw diagnose)?" In beide vragen ontbreekt een directe verwijzing naar de klacht waarmee men op dát moment naar het spreekuur komt. Uit sommige antwoorden blijkt dan ook dat sommige patiënten de vraag geïnterpreteerd hebben als "..... waarmee U zoal of in het algemeen naar het spreekuur komt".

Daarbij ontbreekt dan een specifieke verwijzing naar de klacht-van-vandaag. Een tweede verklaring kan zijn dat bij het beoordelen de volgende regel werd gehanteerd: wanneer de patiënt met een oude klacht (vaak een controle) naar het spreekuur kwam, maar ook een nieuwe klacht besprak, had de beoordeling van de beoordelaars betrekking op deze laatste. Een derde mogelijke verklaring kan ook zijn dat tijdens het konsult nog een andere klacht aan de orde kwam, die dan door de beoordelaars als de belangrijkste werd gescoord.

Het is duidelijk dat bij de analyses van de samenhang tussen vragenlijst-gegevens (waaronder de mogelijke inbreng) en observatiegegevens (feitelijke inbreng) een volledige overeenstemming met betrekking tot de klacht tussen patiënt en beoordelaars noodzakelijk is. Na zorgvuldige vergelijkingen van de klacht-omschrijvingen in de vragenlijsten en beoordelingen van het spreekuurkontakt moesten 9 van de 160 kontakten worden aangemerkt als "geen overeenstemming in de klachtomschrijving". Deze kontakten werden dan ook niet gebruikt voor de analyses waarbij feitelijke inbreng in verband gebracht werd met achtergrond-gegevens en mogelijke inbreng en waarbij de aard van de klacht expliciet een rol speelde.

2.4 Beschrijving van de steekproef

De bovenbeschreven selecties van huisartsen en patiënten hebben ertoe geleid dat we uiteindelijk de beschikking hadden over de vragenlijst-gegevens van 562 patiënten, die hun huisarts bezochten.

Bij 160 patiënten werd tevens het spreekuurkontakt door middel van een audiobandopname beoordeeld. We zullen hier enkele achtergrond gegevens van deze 2 groepen presenteren; de totale groep en de audiogroep (zie *tabel III-1* op de volgende bladzijde).

Uit deze tabel blijkt dat we te maken hebben met een steekproef, waarbij jongeren en lager opgeleiden sterker vertegenwoordigd zijn dan respectievelijk ouderen en hoger opgeleiden.

Het gegeven, dat zoveel vrouwelijke patiënten in het onderzoek terecht zijn gekomen, heeft te maken met het bekende feit dat vrouwen vaker het spreekuur bezoeken dan mannen. De verdeling in verzekeringsvorm lijkt overeen te komen met de verdeling in huisartsenpraktijken. In dit bestand geeft ruim tweederde van de patiënten aan langer dan vijf jaar bij deze huisarts te zijn ingeschreven en daarvan de helft langer dan tien jaar.

De selectie van de audiogroep heeft nauwelijks wijzigingen in de leeftijds- en geslachtsverdeling tot gevolg gehad; wel treedt een kleine verschuiving op bij het opleidingsnivo in de richting van de lagere opleiding.

Tabel III-1 Verdeling van de patiënten die aan het onderzoek deelnamen naar respectievelijk leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, verzekeringsvorm en duur van de relatie met de huisarts, uitgedrukt in percentages van het totale aantal; tussen haakjes absolute aantallen.

	Totale groep	Audiogroep
Leeftijdskategorie		
10 - 29 jaar	40	39
30 - 49 jaar	39	40
50 jaar en ouder	21	21
Totaal	100 (562)	100 (160)
Geslacht		
vrouwen	62	62
mannen	38	38
Totaal	100 (562)	100 (160)
Opleidingsnivo		
lagere opleiding (lo, lbo, mavo)	39	46
middelbare opleiding (mbo, havo, vwo, vo)	47	44
hogere opleiding (hbo, universiteit)	14	10
Totaal	100 (548)*	100 (156)*
* resp. 14 en 4 onbekenden		
Verzekeringsvorm		
ziekenfonds	73	77
partikulier	27	23
Totaal	100 (542)*	100 (157)*
* resp. 20 en 3 onbekenden		
Duur van de relatie met de huisarts		
korter dan 5 jaar	28	32
5-10 jaar	30	33
langer dan 10 jaar	42	35
Totaal	100 (558)*	100 (152)*
* resp. 4 en 8 onbekenden		

In tabel III-2 is een vergelijking te zien van de diagnoses, gesteld door de huisartsen in de onderzoekspopulatie (par.3.3) en in praktijken die behoren tot het Continue Morbiditeits Registratie-net, zoals beschreven in "Gewone Ziekten".³¹

Tabel III-2 Overzicht van het voorkomen van de diagnoses gesteld door de huisartsen in de onderzoekspopulatie en in de praktijken die deelnemen aan de Continue Morbiditeits Registratie (CMR), uitgedrukt in percentages van het totale aantal.

	Onderzoek N=562	CMR N=85.201
infektieziekten	-	0.8
neoplasmata	1	1.0
allergie, stofwisselingsziekte	2	1.1
bloedziekten	-	0.3
psychiatrische ziekten en andere psychische stoornissen	11	9.0
ziekten van het zenuwstelsel/zintuigen	6	2.0
hart-, vaatziekten	5	2.6
aandoeningen van de luchtwegen	13	23.0
aandoeningen van het spijsverteringsstelsel	5	5.0
urogenitale aandoeningen	7	6.2
zwangerschap	1	1.7
huidaandoeningen	12	17.0
aandoeningen van het bewegingsapparaat	14	11.9
niet te diagnostiseren	2	0.2
traumata	2	10.8
inrentingen, voorlichting	8	7.4
geen diagnose	11	-

Uit deze tabel blijkt dat de verdeling van de gepresenteerde aandoeningen uit de onderzoekspopulatie verschilt met de cijfers uit de CMR-praktijken. Deze verschillen kunnen te wijten zijn aan benoemingsverschillen zoals bijv. traumata, die gerekend zijn bij aandoeningen van het bewegingsapparaat.

Het grote verschil binnen de groep luchtwegen is waarschijnlijk een gevolg van de tijdstippen waarop de spreekuurkontakten zijn onderzocht: juni en oktober, maanden waarin doorgaans niet veel "verkoudheden" voorkomen. Bovendien zijn een aantal keel-, neus- en ooraandoeningen ondergebracht bij de rubriek zintuigen. En tenslotte: de cijfers in de CMR hebben ook betrekking op lagere leeftijdskategorieën. Toch kan gesteld worden dat qua gepresenteerde aandoeningen de onderzoekspopulatie niet beduidend verschilt van de CMR-praktijken.

3 De meetinstrumenten

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van vragenlijsten en van een observatie-instrument. We bespreken achtereenvolgens

33

Patiënt-vragenlijst 1 (P-I)

Patiënt-vragenlijst 2 (P-II)

Huisarts-vragenlijst (H-I)

Observatie-instrument (O-I)

3.1 De patiënt-vragenlijst 1

Met de eerste patiënt-vragenlijst (Bijlage III-2) is getracht een beeld te verkrijgen van hoe de patiënt het konsult binnenkomt (de invoer). Door het ontbreken van een goed vergelijkbaar onderzoek werden de vragen deels zelf ontwikkeld, deels werden ze ontleend aan de onderzoeken van Bergsma en Neven.^{10, 54} De lijst bevatte in totaal 32 vragen en is door de patiënten ingevuld vóór het konsult met de huisarts.

Met deze vragenlijst is een aantal patiëntkenmerken gemeten, namelijk leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm, opleidingsniveau (vraag 1 tot en met 4). De bekendheid met deze huisartsen is gemeten met behulp van de vraag naar de door de patiënt geschatte konsultatiefrekwentie (vraag 5) en de duur van de inschrijving bij deze huisarts (vraag 6). Vervolgens zijn enige vragen gesteld naar de klacht waarvoor de patiënt de hulp van de huisarts inroept. Hierbij betreft het vragen naar de aard van de klacht, de duur, de invloed van anderen, datgene wat de patiënt hier al aan heeft gedaan en de ervaring met de klacht (vragen 7, 8, 10, 11 en 12, 14 - 16).

Drie vragenrubrieken hebben betrekking op evenzovele aspecten van het begrip mogelijke inbreng:

- de redenen, waarom de patiënt de huisarts juist op dit moment wil raadplegen (vraag 13 met 12 subvragen en vraag 17);
- de wensen van de patiënt ten aanzien van wat het konsult moet opleveren (vraag 18 met 11 subvragen);
- de eigen mening omtrent de diagnose (vraag 9).

Tenslotte is een aantal vragen opgenomen, waarbij de patiënt kan aangeven welke opvattingen hij heeft over ziekte en gezondheid (vragen 19 tot en met 32).

Deze lijst beoogde vast te stellen in hoeverre patiënten de neiging hebben externe of interne factoren aan te wijzen als bron van zich welbevinden of ziek zijn.^{42, 79}

Vergelijking van de antwoorden op deze lijst met de bevindingen van Bergsma en Flohr, die deze lijst in Nederland hebben geïntroduceerd, leverde problemen op.¹¹ Op de eerste plaats bleek dat een relatief groot aantal patiënten (11,5%) de lijst onvolledig of niet had ingevuld. Op de tweede plaats leverde de faktor-analyse een afwijkende en niet interpreteerbare faktor-struktuur op. Op grond hiervan werd besloten deze vragenlijst betreffende opvattingen over ziekte en gezondheid in de verdere analyses buiten beschouwing te laten.

3.2 De patiënt-vragenlijst 2

Deze vragenlijst (Bijlage III-3) is afgenomen ná het konsult met de huisarts. De patiënt kon hierin aangeven wat hij achteraf van het konsult vond. Patiënten zijn doorgaans zeer tevreden ten aanzien van de kwaliteit van de geleverde zorg.⁶⁶ Daarom hebben we getracht zo concreet en specifiek mogelijk vragen te formuleren en algemene vragen te vermijden. Analyse van de antwoorden op deze vragenlijst (vragen 33 tot en met 44) leidde ons tot de konklusie dat het diskriminerend vermogen ervan onvoldoende was. Ook nadat we de 5-deling in de antwoord-kategorieën hadden teruggebracht tot een 3-deling door de buitenste categorieën samen te trekken, bleek slechts 1 vraag aan het vereiste criterium te voldoen: namelijk dat elke categorie minstens 10% van de antwoorden moet bevatten, hetgeen achteraf gezien wellicht een te streng selektiekriterium is geweest. Toch hebben we besloten deze tevredenheidsvragen buiten de verdere analyse te laten.

Verder is in deze patiënt-vragenlijst 2 het oordeel van de patiënt gevraagd omtrent de rol die psychische faktoren bij de klacht spelen (vraag 45). De laatste vraag aan de patiënt betrof een oordeel over het invullen van de vragenlijsten (vraag 46). Ook hierbij bleek dat het merendeel van de patiënten hierover positief was (belangrijk, interessant, nieuwsgierig).

3.3 De huisarts-vragenlijst

Deze lijst (Bijlage III-4) is door de huisartsen deels aan het begin, deels aan het eind van het konsult ingevuld. De eerste drie vragen hadden een technisch-organisatorisch doel. Twee vragen dienden als kontrolle om de gegevens van de patiënt-vragenlijst, de audiogegevens en de gegevens van de huisarts-vragenlijst korrekt te kunnen koppelen (vraag 4 en 5). De vraag naar "terugbestelling" door de huisarts was van belang als selektie-kriterium voor de spreekuurkontakten, die voor beoordeling in aanmerking kwamen (vraag 6).

Er was een vraag naar het oordeel van de huisarts over de rol van psychische factoren bij deze klacht van de patiënt (vraag 7). Verder is aan de huisarts gevraagd zijn diagnose te formuleren (vraag 8). Op grond van dit gegeven en van de klachtomschrijving door de patiënt kon een karakterisering worden gegeven van het contact. Verderop zal worden aangeduid welke procedure hierbij is gevolgd (zie par. 4). Tenslotte is de huisarts gevraagd wat het spreekuurcontact naar zijn oordeel heeft opgeleverd. Aan de hand van 12 antwoordmogelijkheden kon zodoende een beeld worden verkregen van de uitkomst van het contact in termen van beleidsbeslissingen van de huisarts (vraag 9).

3.4 Het observatie-instrument

Door de op audioband geregistreerde spreekuurcontacten te beoordelen wilden we op de eerste plaats een aantal aspecten van de feitelijke inbreng van patiënten vastleggen.

Ons was geen onderzoek bekend waarbij een hierop afgestemd beoordelings-instrument gebruikt is. Dat betekende dat we dit zelf hebben moeten ontwikkelen. Hiermee was een lange en intensieve periode van vooronderzoek gemoeid.

Voor het vastleggen van de werkwijze van de huisarts is gebruik gemaakt van bestaande onderzoeksinstrumenten. Wij hebben daarbij gekozen voor een aantal onderdelen uit het PREVARA-observatie-instrument, zoals ontwikkeld door het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.⁶⁸

Globale opbouw van het observatie-instrument.

We zijn gestart met enkele globale vragen met betrekking tot de feitelijke inbreng van patiënten tijdens het spreekuurcontact. Vervolgens is getracht een inventarisatie te maken van onderwerpen, die van belang zijn bij de meting van de feitelijke inbreng van patiënten. Deze zijn ingedeeld naar inhoud en achtergrond, zodat een uitgebreide lijst is ontstaan van beoordelingsaspecten. Op grond van proefbeoordelingen, betrouwbaarheidsanalyses en discussie over de relevantie van de aspecten is de definitieve scoringslijst voor de feitelijke inbreng van patiënten vastgesteld (zie kader). Voor ieder aspect zijn uitgebreide criteria opgesteld om een eenduidige interpretatie te bevorderen (bijlage III-5).

De eerste of belangrijkste klacht.
Is er een expliciete hulpvraag tijdens de introductiefase?
Brengt de patiënt expliciete wensen naar voren?
Stelt de patiënt expliciete vragen?
Geeft de patiënt informatie over de premedische fase?
Hoe uitgebreid geeft de patiënt informatie over de beleving van de klacht?
Laat de patiënt eigen opvattingen horen?
Is er gezamenlijk overleg gepleegd over de probleemdefinitie?
Wie bepaalt het verloop van het spreekuurcontact?
Wie neemt de uiteindelijke beslissing?
Is er sprake van een globaal begin door de huisarts?
Vindt er hulpvraagverheldering plaats door de huisarts?
In welke mate is de huisarts uitgebreid en begrijpelijk in zijn uitingen?
In hoeverre tracht de huisarts de patient actief te stimuleren?

De opbouw van het instrument ziet er als volgt uit:

Allereerst is de klacht van de patiënt, zoals verwoord tijdens het konsult, genoteerd (item 1).

Hierdoor is het mogelijk te kontroleren of de klacht, zoals omschreven in de patiënt-vragenlijst 1, hiermee in overeenstemming is. Dit is van belang om op verantwoorde wijze de vragenlijst- en observatiegegevens met elkaar in verband te brengen.

Op basis van de eerste zinnen, die de patiënt uitsprak, is beoordeeld in hoeverre de patiënt het probleem waarvoor hij hulp inriep duidelijk introduceerde. Als belangrijk onderdeel van deze introductie is speciaal gelet op de hulpvraag en wel in hoeverre deze al dan niet expliciet door de patiënt werd geformuleerd (item 2).

Vervolgens is beoordeeld of de patiënt expliciete wensen uitte (item 3) en vragen stelde of eigen opvattingen uitte over oorzaak, diagnose of gevolgen van de aandoening of over het te voeren beleid (item 4 en 7).

Ook is beoordeeld omtrent welke aspecten de patiënt informatie gaf (item 5). Het betreft hier informatie met betrekking tot de premedische fase, zoals tijdstip van ontstaan, omstandigheden van last, zelfmedikatie en fluktuatie in klachtbeleving en met betrekking tot de betekenis die de klacht voor de patiënt heeft (item 6). Tevens is bij de items 3, 5, 6 en 7 beoordeeld op wiens initiatief deze ter sprake kwamen, spontaan door de patiënt of op aandringen van de huisarts. Als het om vragen, opvattingen en wensen van de patiënt ging, is ook beoordeeld op welke wijze de huisarts hierop reageerde (item 15, 16 en 17). Met behulp van 3 items is beoordeeld in hoeverre de patiënt een aandeel had in de samenwerking met de huisarts: overleg omtrent de probleemdefinitie, het verloop van het contact en de beslissing omtrent het beleid (item 8, 9 en 10). Tenslotte is de mate, waarin de werkwijze van de huisarts op de inbreng van patiënten was gericht, beoordeeld aan de hand van een 4-tal items: globaal begin, hulpvraagverheldering, uitgebreidheid en duidelijkheid van zijn uitleg en het actief stimuleren van de patiënt (items 11 tot en met 14).

Gang van zaken tijdens de beoordeling

In totaal zijn 160 kontakten door twee beoordelaars beluisterd en gescoord. Beide beoordelaars waren destijds doktoraal student psychologie en waren intensief betrokken bij de ontwikkeling van de meetinstrumenten. Iedere beoordelaar heeft de helft van de kontakten in verbatims uitgeschreven. De verbatims bevatten zo veel mogelijk de letterlijke weergave van het gesprokene. Aan de hand van het beluisteren van de kontakten en het lezen van de verbatims werd een scoringslijst ingevuld. Hiervoor werd gebruik gemaakt van de lijst met criteria waarin per scoringsitem een toelichting wordt gegeven bij de verschillende antwoordcategorieën (zie bijlage III-5). Iedere beoordelaar had dus 80 "eigen" konsulten waarvan hij de verbatims uitschreef en 80 konsulten waarvan de verbatims al door de ander waren uitgeschreven.

De scoring vond plaats in vier fasen. De eerste drie fasen bestonden steeds uit 45 kontakten, de laatste bevatte 25 kontakten. Deze indeling is om praktische redenen gemaakt, de verdeling van kontakten over de groepen was willekeurig. Binnen iedere groep van kontakten (fase) was de scoringsvolgorde van beide beoordelaars willekeurig. Er is naar gestreefd dat de beoordeling van de "eigen" kontakten zoveel mogelijk parallel liep met die van de ander. Ook is ervoor gezorgd dat het aantal lange en korte kontakten over beide beoordelaars gelijk werd verdeeld. Het aantal kontakten per arts was voor iedere beoordelaar hetzelfde.

Na de eerste ronde is er een overlegfase geweest waarbij gecontroleerd werd of de beoordelaars de criteria op dezelfde wijze hanteerden. Na dit eerste overleg is verdere bespreking van de criteria achterwege gelaten totdat alle kontakten beoordeeld waren. Daarna heeft er nog een consensusbespreking plaats gevonden.

Alle konsulten zijn per beoordelaar in volgorde van scoring genummerd. De nummering van arts en kontakten was zodanig geherkodeerd, dat het de beoordelaars niet bekend was wie de arts was en of het contact vóór of ná de cursus was opgenomen. Na scoring zijn de arts- en kontaktnummers weer "gedekodeerd".

De betrouwbaarheid en validiteit van de observatiegegevens.

Bij de ontwikkeling van het meetinstrument is gestreefd naar een hoge betrouwbaarheid en validiteit. Maar bij het zoeken naar zo concreet mogelijke gedragingen die weinig van de interpretatie van de beoordelaars vragen (betrouwbaarheid) en naar cruciale gedragingen van arts en patiënt (validiteit) staat men voor een dilemma. Met het oog op een hoge mate van betrouwbaarheid van het meetinstrument zou men vrij "harde" gegevens van het spreekuurcontact moeten meten (b.v. spreektijd). Dit garandeert dan een eenduidige interpretatie van de beoordelaars. Echter, wat te doen met dergelijke gedetailleerde gegevens? Gegevens over meer globale gedragingen van arts en patiënt sluiten ons inziens beter aan bij de praktijk van het spreekuurcontact en het doel van ons onderzoek. Bij de betrouwbaarheid gaat het om de vraag of een herhaalde meting van hetzelfde meetobject met behulp van hetzelfde meetinstrument door verschillende beoordelaars hetzelfde meetresultaat te zien geeft. Het meetinstrument moet een bepaalde mate van objectiviteit te zien geven, die door training in het hanteren ervan vergroot kan worden. In dit onderzoek is het meetinstrument mede ontwikkeld door de twee beoordelaars, die ruime ervaring in verschillende stadia van het vooronderzoek hebben opgedaan. Beide beoordelaars hebben alle 160 kontakten beoordeeld; bij verschil tussen de beoordelaars is er in de consensusbespreking volgens een zorgvuldige procedure een definitieve beoordeling bepaald (bijlage III-6). Hierdoor konden alle observatiegegevens bij de betrouwbaarheidsanalyse betrokken worden. In bijlage III-5 worden de resultaten van deze betrouwbaarheidsanalyse over alle gepaarde waarnemingen gepresenteerd. Uit de cijfers valt af te leiden, dat het merendeel der betrouwbaarheidscoëfficiënten boven de .40 ligt, variërend tussen .28 en .75. Deze betrouwbaarheidsgegevens zijn, zoals te verwachten was, niet hoog.

Het geven van een oordeel over complexe gedragsfenomenen in een arts-patiënt-kontakt is in belangrijke mate een subjectief gegeven. Vergelijking met betrouwbaarheidsgegevens van soortgelijk onderzoek betreffende de arts-patiënt relatie, waarbij de prioriteit wordt verleend aan de inhoudelijke relevantie van de beoordeelde items, maakt duidelijk dat dit verschijnsel zich daar ook voordoet.^{68, 78} We achten de betrouwbaarheid dan ook voldoende om binnen het kader van dit exploratieve onderzoek een beeld te verkrijgen van de aard en omvang van de feitelijke inbreng van patiënten en samenhangen op te sporen met factoren, die hierop van invloed zijn. Resumerend kan gesteld worden dat alle subjectiviteit in aanmerking genomen de betrouwbaarheid van dit, in een ontwikkelingsstadium verkerend, meetinstrument akseptabel genoemd mag worden. Naar onze mening kan dit meetinstrument een bijdrage leveren aan de instrument-ontwikkeling met betrekking tot de feitelijke inbreng van patiënten tijdens het spreekuurkontakt enerzijds en een op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze van de huisarts anderzijds.

4 Datareduktie

40

Het grote aantal gegevens, dat door middel van de vragenlijsten en het observatie-instrument beschikbaar kwam, bood ons een zeer groot aantal analyse-mogelijkheden; teveel om binnen het beschikbare tijdsbestek ook daadwerkelijk te benutten. We zijn daarom genoodzaakt geweest een selectie te maken uit de gegevens. We hebben ons hierbij door een aantal overwegingen laten leiden.

Op de *eerste* plaats is een aantal gegevens om methodologische redenen uit het analysebestand gehouden. Het betreft enkele vragen aan de patiënten, die een te groot aantal zogenoemde onbekenden bevatten, die te weinig discrimineerden of die zich bij nadere analyse niet volgens verwachting gedroegen. Hierdoor zijn vervallen de vragen met betrekking tot opvattingen over ziekte en gezondheid (vragen 19 - 32) en met betrekking tot de tevredenheid van de patiënt over het spreekuurkontakt (vragen 33 - 44). Dat bespraken we reeds in paragrafen 3.1 en 3.2 Verder zijn enige open vragen, waarop zeer weinig respons kwam, verwijderd (laatste items van vraag 13 en vraag 18; een andere reden of wens dan genoemd). Ook de vraag of de patiënt van de huisarts advies over de ziektewet wil (7e item uit vraag 18) werd te weinig met "ja" beantwoord om zinvol meegenomen te kunnen worden in de analyse. Datzelfde geldt voor enkele vragen aan de huisartsen over hun beleidsbeslissingen (vraag 9 item ingreep, injectie, verwijzing en iets anders). Het verstrekken van informatie door de patiënt over de plaats van de klacht is om een gelijksoortige reden uit de analyses gelaten.

Als *tweede* maatregel ter reductie van het aantal gegevens hebben we uit een aantal vragen, die inhoudelijk dicht bij elkaar liggen, een keuze gemaakt of een gekombineerde nieuwe variabele gekonstrueerd. Zo zijn de vragen 11 (zelf maatregelen genomen) en 12 (al medicijnen ingenomen) gekombineerd tot een nieuwe variabele: zelfmedikatie. De patiënt die op een of beide vragen ja antwoordde, scoort ja op de nieuwe variabele. Deze zelfde reductie is ook toegepast op het 3e (heb pijn) en 4e item (te veel hinder) van vraag 13 door combinatie tot een nieuwe variabele: last.

Voorts zijn samengevoegd het 7e item (de klacht verergert steeds) en het 8e item (de klacht gaat niet vanzelf over), hetgeen heeft geleid tot een nieuwe variabele: twijfel over het verloop van de klacht. Van de vragen 14, 15 en 16 (al eerder deze klacht gehad, daarvoor bij uw huisarts geweest, hoe vaak en hoe lang geleden) is alleen vraag 14 meegenomen in de analyse. De vragen 17 (bezorgdheid) en item 7 uit vraag 13 (ongerustheid) lagen inhoudelijk en qua antwoordfrequenties zo dicht bij elkaar dat voor een van beide gekozen is, namelijk ongerustheid. De wijze waarop de patiënt zijn informatie leverde is met betrekking tot een aantal inbreng-aspekten beoordeeld. Om tot een globaal oordeel te komen of de patiënt voornamelijk op eigen initiatief dan wel op aandringen van de huisarts inbreng leverde, is een gekombineerde maat gekonstrueerd: wijze van inbrengen. De procedure hierbij verliep als volgt: er is bij het observeren van de spreekuurkontakten elf maal beoordeeld op welke wijze de patiënt zijn informatie gaf (item 3, 5, 6 en 7). Omdat patiënten verschillen in de hoeveelheid verstrekte informatie, zou een simpele optelling van het aantal maal spontaan en niet-spontaan gegeven informatie hierdoor sterk worden bepaald. Gekozen is daarom voor een konstruktie, die de verhouding spontaan/niet-spontaan weergeeft, afgezien van het aantal malen dat er informatie werd verstrekt door de patiënt. Op deze wijze kan een driedeling worden aangebracht in de kontakten, waarbij de patiënt

- zijn informatie overwegend spontaan gaf;
- zijn informatie even vaak spontaan als niet-spontaan gaf;
- zijn informatie overwegend niet-spontaan gaf.

Als *derde* maatregel is van een aantal vragen en beoordelingsitems met 3 of meer categorieën nagegaan of het aantal categorieën kon worden gereduceerd. Door samenvoeging van inhoudelijk verwante categorieën, mede gelet op de frequentieverdeling daarbinnen, kon meestal een 2- of 3-deling worden bereikt (bijvoorbeeld onderwijsnivo, konsultatiefrequentie). Hoewel hierdoor een zeker informatieverlies optreedt, is de analyse aanzienlijk vereenvoudigd.

Als *vierde* maatregel zijn de antwoorden op de open vragen omtrent de klacht van de patiënt teruggebracht tot enkele groepen. Dit is als volgt in zijn werk gegaan: bij de codering van de klachten is in eerste instantie geëxperimenteerd met de gedetailleerde E-lijst.

Dit is een voor gebruik in Nederland bewerkte versie van de ICD-7 (international statistical classification of diseases, injuries and causes of death). De beoogde nauwkeurigheid werd echter niet bereikt onder meer door de vaak gebrekkige informatie op de vragenlijsten. Bovendien was de frekwentie van voorkomen van een aantal klachten zó gering dat deze onbruikbaar waren voor verdere analyses. Dit heeft ons ondanks het verlies aan informatie over de aard van de klacht ertoe gebracht de klachten te rubriceren in enkele hoofdkategorieën (vraag 7). De indeling daarvan is te vergelijken met de rubrieken, gehanteerd in "Gewone Ziekten".³¹

Een gelijksoortig probleem deed zich in mindere mate voor bij de codering van de diagnoses, die de patiënten hadden genoteerd (vraag 9) en de diagnoses van de huisartsen (vraag 8). Ook daar is gekozen voor een rubricering in enkele hoofdkategorieën.

Het bleek dat bij ongeveer 4% van de contacten de patiënten nóch een klacht nóch een diagnose hadden opgeschreven en dat de huisartsen geen diagnose hadden vermeld bij ongeveer 10% van de contacten. Om toch te kunnen bepalen op welke aandoening een contact betrekking had is er van alle spreekuurcontacten een lijst aangelegd. Op deze lijst waren naast elkaar gerangschikt de klachtomschrijving en de eigen diagnose van de patiënten en de diagnose van de huisartsen.

Op basis van deze lijst zijn de contacten gekarakteriseerd met behulp van diagnosecodes, bekend uit het registratiesysteem van de Continue Morbiditeits Registratie van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.⁸⁰

Voor de analyses werden de aldus gekarakteriseerde contacten gegroepeerd naar de volgende diagnose-kategorieën:

- 1 nerveus-funktionele klachten
- 2 aandoeningen van KNO en bovenste luchtwegen
- 3 aandoeningen van het bewegingsapparaat
- 4 anticonceptie
- 5 restgroep

Ten behoeve van de multivariate analyses die betrekking hebben op de feitelijke inbreng is hierin een dichotomie aangebracht: nerveus-funktionele klachten versus restgroep (zie hoofdstuk IV par. 4.2.)

De bovengenoemde lijst bood tevens de mogelijkheid voor controle van de overeenstemming tussen de klachtomschrijving van de patiënt op de vragenlijst en die op de audioband. Het resultaat van deze vergelijking is reeds beschreven in paragraaf 2.3 van dit hoofdstuk.

Omdat het CMR-systeem tevens een ernstindeling van de diagnose kent, was het mogelijk de kontakten te karakteriseren naar ernstgraad:

- 1 ernstig, d.w.z. potentieel het leven of validiteit bedreigend;
- 2 matig ernstig, d.w.z. er is sprake van een stoornis in het algemeen welbevinden en tijdelijk minder validiteit;
- 3 lichte stoornis, d.w.z. werk e.d. hoeft niet gestaakt te worden, ambulante behandeling mogelijk;
- 4 niet in te delen.

De antwoorden van de patiënt op de vraag "Wat denkt U te mankeren?" (vraag 9) werden ten behoeve van de analyse gegroepeerd in twee categorieën:

- 1 noemt geen diagnose;
- 2 noemt wel een diagnose.

Als *laatste* maatregel is de beoordeling van patiënten en huisartsen van de betekenis van psychische factoren voor de klacht weggelaten uit de beschrijving der analyses. Hoewel ze interessant genoeg waren bleken de gegevens te ver buiten de vraagstelling van dit onderzoek te vallen.

5 Overzicht van de analysevariabelen

44

Na de doorvoering van de data-redukatie zijn de variabelen vastgesteld, waarop de analyse kan worden verricht. Hieronder wordt een schematisch overzicht gepresenteerd van de groepen variabelen. In de bijlagen III-2, 3 en 4 worden alle afzonderlijke variabelen genoemd met vermelding van de frekwentieverdeling van de achtergrondgegevens, de mogelijke inbreng van de patiënten en de beleidsbeslissingen van de huisartsen, zowel van de wachtkamersteekproef (Totaal) als van de spreekkamer (Audio-groep). De frekwentieverdelingen van de aspecten van de feitelijke inbreng van patiënten zijn vermeld in hoofdstuk IV.

Achtergrondgegevens

Persoonsgebonden patiëntkenmerken: leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm, opleidingsnivo, frekwentie spreekuurbezoek, duur relatie met huisarts.
Klachtgebonden patiëntkenmerken: met anderen over de klacht gesproken, zelfmedikatie, ervaring met de klacht, hoe lang heeft de patiënt deze klacht.
Kontaktkarakteristieken: diagnosegroep, ernstgraad van de klacht.

Al deze achtergrondgegevens zijn verzameld door middel van de eerste patiënt-vragenlijst. De kontaktkarakteristieken zijn mede gebaseerd op de informatie van de huisarts na afloop van het konsult.

Mogelijke inbreng van de patiënten

Redenen van hulpvragen: het betreft hier een 7-tal variabelen zoals last, twijfel en ongerustheid.

Wensen en verwachtingen: dit aspect van de mogelijke inbreng wordt geoperationaliseerd in 'n 10-tal variabelen, zoals "wil medicijnen, wil informatie, wil doorgestuurd worden" enz.

Eigen mening met betrekking tot de diagnose: dit betreft één variabele.

Al de variabelen met betrekking tot de mogelijke inbreng zijn gebaseerd op de gegevens uit de eerste patiënt-vragenlijst. Een probleem bij het analyserijp maken van deze gegevens was het relatief hoog aantal "onbekenden". Nadere bestudering van deze kategorie heeft duidelijk gemaakt, dat het hier niet gaat om een consistente groep respondenten, die steeds alle vragen heeft opengelaten. Uit de antwoordpatronen kan worden afgeleid, dat het niet invullen van bepaalde vragen te interpreteren is als "nee" of "niet van toepassing in mijn situatie". We hebben daarom besloten de onbekenden te herkoderen naar antwoordcategorie "nee".

Feitelijke inbreng van de patiënten

Feitelijk vragen: uiting van een expliciete hulpvraag in de introductiefase van het konsult; uiting van expliciete wensen; vragen over oorzaak, diagnose, gevolgen, plan.

Feitelijk informatie verschaffen over: tijdstip begin van de klacht, omstandigheden van last, zelfmedikatie, fluktuaties in klachtbeleving en betekenis, beleving van de klacht.

Opvattingen uiten over: oorzaak, diagnose, gevolgen en plan.

Aandeel in denk- en beslisproces: overleg over de probleemdefinitie, invloed van de patiënt op verloop van het kontakt, invloed van de patiënt op de beslissing.

De variabelen met betrekking tot de feitelijke inbreng zijn gebaseerd op de beoordelingen van de op audioband opgenomen spreekuurkontakten. Deze variabelen betreffen de inhoudelijke aspecten van de feitelijke inbreng. Daarnaast is ook een maat gekonstrueerd, die aangeeft op welke wijze de patiënt zijn inbreng levert, spontaan of op aandringen van de huisarts.

Werkwijze van de huisartsen

Op inbreng gerichte werkwijze: globaal begin, hulpvraagverheldering, uitleg, actief stimuleren.

Adekwaat reageren op inbreng van patiënten: met betrekking tot vragen, opvattingen en wensen.

De variabelen met betrekking tot de werkwijze van de huisarts zijn eveneens gebaseerd op de beoordelingen van het spreekuurkontakt.

Beleidsbeslissingen van de huisartsen

Het gaat hier om aspecten als lichamelijk onderzoek, recept, doorsturen, "terugbestellen", gesprek voeren over persoonlijke problemen.

Deze uitkomstvariabelen zijn gebaseerd op gegevens, die verzameld zijn met behulp van een huisarts-vragenlijst na het konsult.

Kursusinvloed

Deze variabele betreft het feit dat de helft van de spreekuurkontakten is beoordeeld vóór- en de helft nádat een cursus heeft plaatsgevonden; tijdens deze cursus verdiepten de huisartsen zich in de mogelijkheden om de inbreng van de patiënten te vergroten.

6 Analyse-schema

46

De volgende analyses staan centraal in dit onderzoek:

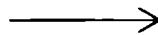
Onafhankelijke variabelen

Afhankelijke variabelen

Achtergrondgegevens

Mogelijke inbreng

Werkwijze huisartsen



Feitelijke inbreng

Achtergrondgegevens

Feitelijke inbreng

Werkwijze huisartsen



Beleidsbeslissingen

Beoordeling vóór de cursus en ná de cursus van:

- werkwijze huisartsen
- feitelijke inbreng patiënten
- beleidsbeslissingen huisartsen

De analyses hebben zich voltrokken in een aantal stappen.

In de *eerste stap* is de mogelijke inbreng bestudeerd aan de hand van de frekwentie-verdelingen van de afzonderlijke variabelen en de onderlinge samenhangen tussen de verschillende indicatoren van de mogelijke inbreng.

Tevens is hierbij de invloed van de achtergrondgegevens bestudeerd.

In de *tweede stap* stond de feitelijke inbreng centraal. Bestudering van de frekwentie-verdelingen van de afzonderlijke indicatoren en hun onderlinge samenhang is gevolgd door een analyse naar de invloed van achtergrondgegevens en tevens van de mogelijke inbreng.

In een tussenstap is de werkwijze van de huisartsen geanalyseerd en geordend in een meer of minder op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze.

In de *derde stap* is met behulp van diskriminantanalyses onderzocht in hoeverre combinaties van variabelen betreffende achtergrondkenmerken, mogelijke inbreng van patiënten en werkwijze van huisartsen een bijdrage leveren aan de verklaarde variantie van de feitelijke inbreng.

In de *vierde stap* fungeren de beleidsbeslissingen der huisartsen als afhankelijke variabelen. Na afzonderlijke bestudering en in samenhang met elkaar is een selectie daaruit in verband gebracht met een selectie uit drie groepen variabelen: de achtergrondgegevens, de feitelijke inbreng van patiënten en de werkwijze van de huisartsen.

In de *vijfde stap* is de invloed nagegaan van de korte cursus op de werkwijze van de huisartsen, op de feitelijke inbreng van de patiënten en de beleidsbeslissingen der huisartsen.

Voor het beschrijvende deel van dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van relatieve frekwentieverdelingen (percentages) ter bepaling van de mate waarin de diverse inbrengaspecten voorkomen. Om achterliggende dimensies op het spoor te komen wordt gebruik gemaakt van faktor-analyses.

Hiermee wordt een poging gedaan de grote hoeveelheid variabelen terug te brengen tot een beperkt aantal factoren, die ten grondslag liggen aan de inbreng van patiënten. (Zie voor nadere toelichting op de faktor-analyse: van der Zee, van Eyk en Gubbels.^{27, 81)}

In het verklarende deel van de analyse worden de inbreng-aspecten in verband gebracht met andere relevant geachte gegevens (zie analyse-schema en stappen). Hierbij worden steeds twee afzonderlijke variabelen gekruist in een zogenaamde kruistabel. Het geringe aantal categorieën per variabele maakt het mogelijk snel inzicht te verkrijgen in de hechtheid van het verband. Als hulpmiddel bij de bestudering van deze tabellen wordt gebruik gemaakt van enige statistische maten, die de betekenis van de associatie tussen de variabelen uitdrukken.

Afhankelijk van het meetniveau van de variabelen (nominaal of ordinaal) en afhankelijk van het aantal categorieën per variabele wordt gebruik gemaakt van Cramer's V, Tau-B of Tau-C, volgens het zogenoemde SSPS-pakket, zoals toegepast door de statistische afdeling van het NUHI.

Nogmaals wordt erop gewezen dat het analyse-nivo in dit onderzoek het contact van de patiënt met de huisarts is. Dat wil zeggen dat elk getal in een frekwentieverdeling en in een kruistabel betrekking heeft op het aantal kontakten, waarbij de patiënten of huisartsen een bepaald kenmerk of een combinatie van kenmerken bezitten. Een uitzondering vormt de analyse naar de invloed van de cursus op de werkwijze van de huisarts. Hier wordt de analyse ook op huisarts-nivo verricht door de contact-scores per huisarts te middelen.

Bevindingen

1 De mogelijke inbreng

In dit hoofdstuk worden de uitkomsten beschreven van de analyses die zijn uitgevoerd aan de hand van het analyse-schema van paragraaf 6 in hoofdstuk III.

49

Voor de volledige gegevens zal steeds worden verwezen naar bijlagen.

1.1 Aard en omvang

Zoals reeds is aangegeven in de vorige hoofdstukken zijn er door ons aan de mogelijke inbreng van patiënten drie aspecten onderscheiden die achter-eenvolgens besproken zullen worden: de redenen van hulpvragen, de wensen en verwachtingen en de eigen opvattingen met betrekking tot de diagnose van de aandoening.

Redenen van hulpvragen

In tabel IV-1 is weergegeven in welk percentage van de kontakten patiënten bepaalde redenen aangaven om de huisarts te consulteren.

Tabel IV-1 Overzicht van het voorkomen van redenen van hulpvragen, uitgedrukt in percentages van het totale aantal kontakten (N = 562).

Last (pijn, hinder)	73
Twijfel over het verloop van de klacht	64
Klacht eerder gehad, weet dat huisarts kan helpen	42
Weet wat er aan de hand is, heeft nu hulp nodig	40
Door anderen gestuurd	36
Onduidelijk voor patient	36
Ongerustheid	35

Door de opzet van dit onderzoek, waarbij er verschillende antwoord-mogelijkheden zijn, kan de patiënt op de vragenlijst méér dan één reden hebben aangegeven om naar de huisarts te gaan; dat verklaart waarom de vermelde percentages niet opgeteld kunnen worden. Uit deze tabel blijkt dat patiënten doorgaans om meer dan één reden de huisarts bezoeken. Naast pijn, hinder en twijfel blijkt ongerustheid bij veel patiënten een belangrijke reden te zijn om de huisarts te consulteren. Opvallend is dat ook ruim eenderde aangeeft dat de reden (nog) onduidelijk is. Een opmerkelijke reden die door betrekkelijk veel mensen werd opgegeven is dat zij op aandringen van anderen naar het spreekuur komen. De redenen van hulpvragen blijken niet onafhankelijk van elkaar voor te komen; ze kunnen in een aantal groepen gerangschikt worden. Bij nadere analyse zijn er twee dimensies te onderscheiden (zie tabel IV-2).

Tabel IV-2 Faktorladingen van redenen van hulpvragen, varimax rotatie (N = 562).

	Faktor 1	Faktor 2
Last (pijn, hinder)	.46	-
Twijfel over het verloop van de klacht	.42	-
Klacht eerder gehad, weet dat huisarts kan helpen	-	.47
Weet wat er aan de hand is, heeft nu hulp nodig	-	.66
Door anderen gestuurd	-	-
Onduidelijk voor patient	.65	-
Ongerustheid	.53	-

De verklaarde variantie bij een faktoranalyse met 2 factoren is 49 %

Allereerst zijn er de redenen waarbij patienten weten wat er aan de hand is of de klacht al eerder hadden en doelbewust aan de huisarts hulp komen vragen. Bij een faktoranalyse blijken de antwoorden op de vragen die betrekking hebben op deze dimensie, voldoende hoog te laden (faktor 2 in tabel IV-2). Wij benoemden deze dimensie als de groep van doelgerichte redenen van hulpvragen. Deze komt voor in 58% van de kontakten.

De andere groep redenen heeft een weliswaar minder duidelijke maar toch zichtbare gemeenschappelijke noemer; dat is het feit dat het "gevoel" een grotere rol speelt bij deze redenen om hulp te vragen: last, gevoel van ongerustheid en twijfel, een onduidelijk gevoel. Deze dimensie die zichtbaar wordt bij de faktoranalyse (faktor 1 in tabel IV-2) is door ons benoemd als de groep van gevoelsmatig gekleurde redenen van hulpvragen, en komt ook voor in 58% van de kontakten. Naast deze twee groeperingen van redenen blijft de reden "door anderen naar de huisarts gestuurd" over als een duidelijk aparte rubriek, die in 36% der kontakten voorkomt.

Deze verschillende redenen kunnen bij een persoon naast elkaar voorkomen; een patient kan zowel een doelgerichte als een gevoelsmatig gekleurde reden om naar de huisarts te komen hebben aangegeven op de vragenlijst en tegelijk door anderen gestuurd zijn. Het zijn deze drie groepen redenen die bij de bewerking der gegevens gebruikt zijn:

- doelgerichte redenen;
- gevoelsmatig gekleurde redenen;
- door anderen gestuurd.

Wensen en verwachtingen

In tabel IV-3 is weergegeven in welk percentage van de kontakten de patiënt, voorafgaande aan het contact met de huisarts, zegt een bepaalde wens of verwachting te hebben ten aanzien van de huisarts en het contact met hem.

Tabel IV-3 Overzicht van het voorkomen van wensen en verwachtingen van patiënten, uitgedrukt in percentages van het totale aantal kontakten (N = 562).

Wil weten wat er moet gebeuren	67
Wil bespreken met huisarts wat hij zelf kan doen,	50
Wil nu van last verlost worden	46
Wil informatie over ernst van wat er aan de hand is	40
Wil medicijnen	36
Wil lichamelijk onderzoek	31
Wil met huisarts praten over persoonlijke problemen	19
Wil doorgestuurd worden voor verder onderzoek	15
Wil verwezen worden naar specialist	15
Wil advies over ziektewet	4

Ook hier geldt dat een patiënt meer dan één antwoord heeft kunnen invullen op de vragenlijst, zodat de percentages niet zijn op te tellen. Het hoge percentage gevallen waarin de patiënt aangeeft te willen weten wat er moet gebeuren is niet vreemd, gezien het globale karakter van deze vraag. Bij de helft van de kontakten gaven de patiënten aan met de huisarts te willen bespreken wat de patiënt zelf kan doen zonder gebruik te maken van medicijnen en dergelijke. Klaarblijkelijk heeft deze populatie weinig neiging om problemen rond de ziektewet aan de orde te stellen bij de huisarts.

De verschillende wensen en verwachtingen blijken niet los van elkaar te staan: mede met behulp van een faktor-analyse blijkt het mogelijk te zijn drie groepen te formeren, die overeenkomst vertonen met factoren in het onderzoek van Like en Zyzanski ⁴⁹ (zie tabel IV-4).

De eerste duidelijk herkenbare dimensie bij de twee items "wil doorgestuurd worden voor verder onderzoek" en "wil verwezen worden naar specialist", hebben wij beschouwd als de wens van patiënten om doorverwezen te worden en wij benoemden deze als de groep wensen met betrekking tot verwijzing (faktor 1, tabel IV-4), die in 20% der kontakten blijkt voor te komen.

De behoefte aan informatie over het beleid en over de gevolgen van de aandoening blijkt een gemeenschappelijke noemer te zijn bij de drie items "wil weten wat er moet gebeuren", "wil bespreken wat hij zelf kan doen" en "wil informatie over ernst". Deze groep benoemden we als wensen met betrekking tot informatie (faktor 2, tabel IV-4), die in 55% van het totaal voorkomt. Een derde minder duidelijke doch wel herkenbare dimensie is de behoefte aan behandeling c.q. verlichting bij de twee items "wil nu van last verlost worden" en "wil medicijnen". Wij benoemden dit als de groep wensen met betrekking tot behandeling (faktor 3, tabel IV-4), die in 62% van de kontakten herkenbaar blijkt te zijn.

Tabel IV-4 Faktorladingen van de wensen en verwachtingen van patienten, varimax rotatie (N = 562).

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
Wil weten wat er moet gebeuren	-	.63	-
Wil bespreken wat hij zelf kan doen	-	.63	-
Wil nu van last verlost worden	-	-	.54
Wil informatie over ernst	-	.60	-
Wil medicijnen	-	-	.36
Wil lichamelijk onderzoek	-	-	-
Wil met huisarts praten over pers. probl.	-	-	-
Wil doorgestuurd worden voor verder onderz.	.99	-	-
Wil verwezen worden naar specialist	-.61	-	-

De verklaarde variantie bij een faktoranalyse met 3 faktoren is 55 %.

Aan de hand van het bovenstaande kozen wij vijf groepen wensen, die bij de verdere bewerking der gegevens gebruikt zijn. Het betreft de groepen wensen met betrekking tot:

- lichamelijk onderzoek;
- gesprek over persoonlijke problemen;
- behandeling;
- verwijzing;
- informatie.

Eigen mening van de patiënt betreffende een diagnose

Gevraagd naar wat zij denken dat hen mankeert, blijkt ruim driekwart van de patienten in dit onderzoek een eigen mening over de diagnose te hebben opgeschreven (bijlage III-2).

1.2 Onderlinge samenhang tussen aspecten van de mogelijke inbreng

Bij verkennende analyses bleek aan alle door ons gemeten mogelijke inbreng-aspecten niet één dimensie ten grondslag te liggen die een aanzienlijk deel van de variantie kan verklaren. Wel bleken groepen redenen en wensen/verwachtingen een sterke positieve onderlinge samenhang te vertonen; deze is weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel IV-5 Onderlinge samenhang van redenen van hulpvragen met wensen en verwachtingen, uitgedrukt in Kendall's Tau B (N = 562). De significantie met sterretjes aangegeven voor de p-waarde heeft betrekking op de χ^2 toets: *** $p \leq .001$

** $p \leq .01$

* $p \leq .05$

Wensen en verwachtingen met betrekking tot:				
	lichamelijk onderzoek	gesprek over persoonlijke problemen	behandeling	verwijzing informatie
Doelgerichte redenen	** .12	*** .31	*** .15	*** .19
Gevoelsmatig gekleurde redenen	*** .23	*** .18	*** .26	*** .43
Door anderen gestuurd		*** .18	** .12	*** .25

Daaruit blijkt, dat de groep van de gevoelsmatig gekleurde redenen de sterkste samenhang vertoont met de wensen en verwachtingen van de patiënten en wel in het bijzonder met wensen, die betrekking hebben op informatie.

De groep van doelgerichte redenen blijkt het sterkst samen te hangen met wensen met betrekking tot behandeling.

Het door-anderen-gestuurd zijn blijkt de sterkste samenhang te vertonen met wensen met betrekking tot informatie.

Het hebben van een eigen mening over de diagnose bleek in geen enkel opzicht samen te hangen met de redenen om naar de huisarts te gaan noch met de wensen en verwachtingen van patiënten en is daarom niet opgenomen in deze tabel.

1.3 Samenhang van achtergrondgegevens met aspecten van de mogelijke inbreng (Bijlage IV-1)

Welke *redenen* om hulp te vragen er bij deze kontakten worden aangegeven blijkt weinig of geen statistisch significante samenhang te vertonen met geslacht, verzekeringsvorm en duur van de relatie met de huisarts.

Het vóórkomen van de door ons onderscheiden groepen redenen blijkt wel samen te hangen met een aantal andere patiëntkenmerken en kontaktkarakteristieken.

De groep doelgerichte redenen blijkt vaker opgegeven te worden naarmate het opleidingsniveau lager en de frekwentie van spreekuurbezoek hoger is en ook vaker bij kontakten, die betrekking hebben op patiënten, die zelfmedikatie toepasten of ervaring met de klacht hadden. Naarmate patiënten de klacht langer hadden, blijkt deze groep redenen eveneens vaker aangegeven te worden.

De samenhang met het karakter van de aandoening is onmiskenbaar, waarbij blijkt dat bij klachten van nerveus-funktionele aard en bij aandoeningen van de bovenste luchtwegen relatief vaker een doelgerichte reden wordt opgegeven, hetgeen eveneens het geval is bij matig-ernstige/ernstige aandoeningen.

Gevoelsmatig gekleurde redenen blijken vaker te worden aangegeven in de leeftijdsgroep van 30 tot 49-jarigen en naarmate de frekwentie van spreekuurbezoek hoger is; ook vaker bij patiënten die met anderen over de klacht spraken en relatief vaker bij patiënten met aandoeningen van het bewegingsapparaat en met matig/ernstige aandoeningen.

Het naar de dokter gestuurd worden door anderen wordt vaker aangegeven naarmate het opleidingsnivo lager is en uiteraard bij hen die met anderen over hun klacht spraken; doch aanzienlijk minder vaak bij aandoeningen van de bovenste luchtwegen, maar vaker als er sprake was van meer ernstige aandoeningen.

Bij het aangeven van *wensen* en *verwachtingen* door patiënten blijken de volgende achtergrondgegevens statistisch gezien van vrij geringe betekenis te zijn: de leeftijd van patiënten, de duur van de relatie met de huisarts en zelfmedikatie.

De door ons onderscheiden groepen wensen en verwachtingen blijken zich met betrekking tot de samenhang met patiëntkenmerken en contact-karakteristieken op enkele punten van elkaar te onderscheiden.

De verwachting om lichamelijke onderzocht te worden blijkt door mannen iets vaker te worden aangegeven.

De wens om over persoonlijke problemen te praten blijkt vaker aangegeven te worden naarmate de frekwentie van spreekuurbezoek groter is, als het gaat om patiënten die dezelfde klacht(en) al eerder hadden en naarmate zij de klacht langer hadden. Bij contacten met betrekking tot nerveus-funktionele aandoeningen blijkt deze wens vaker aangegeven te worden.

De verwachting om behandeling of verlichting te krijgen blijkt vaker aangegeven te worden naarmate de opleiding lager is en bij patiënten die dezelfde klacht al eerder hadden en indien de klacht enigerlei vorm van ernst inhoudt. De aard van de aandoening, waarop het contact betrekking heeft, speelt ook hier een statistisch significante rol:

bij aandoeningen van de bovenste luchtwegen komt deze verwachting relatief vaker voor.

De wens om verwezen te worden blijkt vaker aangegeven te worden bij contacten betreffende mannen, patiënten die dezelfde klacht al eerder hadden en patiënten die de klacht al langer dan 6 maanden hadden.

Ook bij contacten die betrekking hebben op aandoeningen van het bewegingsapparaat blijkt deze wens relatief vaak aangegeven te worden.

De verwachting om informatie te krijgen over de gevolgen van de aandoening en het te volgen beleid blijkt vaker bij ziekenfondsverzekerden te worden aangegeven en bij hen die met anderen over hun klacht spraken.

Dat de aard van de aandoening een rol speelt, blijkt uit het feit dat bij nerveus-funktionele klachten en bij aandoeningen van het bewegings-apparaat deze verwachting relatief vaker wordt aangegeven.

Het hebben van een *eigen mening* blijkt met bijna geen der achtergrond-gegevens statistisch significant samenhang te vertonen.

2 De feitelijke inbreng van patiënten tijdens het spreekuurkontakt

56

2.1 Aard en omvang

Door ons is als feitelijke inbreng beschouwd datgene wat patiënten tijdens het spreekuurkontakt werkelijk te berde brengen en wat op de audioband is waar te nemen. Zoals reeds is aangegeven in de vorige hoofdstukken hebben wij daaraan onderscheiden: feitelijk vragen (wensen uiten, vragen stellen), feitelijk informatie verschaffen (over premedische fase), opvattingen uiten (over o.a. oorzaak, diagnose) en het aandeel in denk- en beslisproces. Deze aspecten zullen achtereenvolgens besproken worden.

Feitelijk vragen

In onderstaande tabel is weergegeven in hoeverre patiënten een van de aspecten van feitelijk vragen inbrengen.

Tabel IV-6 Overzicht van het voorkomen van feitelijke vragen van de patiënt, uitgedrukt in percentages van het totale aantal kontakten (N = 160).

Patient uit een expliciete hulpvraag	
in allereerste fase van het konsult	21
Patient uit in de loop van het konsult een expliciete wens (met betrekking tot bijvoorbeeld medicijnen of verwijzing)	53
Patient stelt vragen over	
het te voeren beleid	38
de diagnose van de aandoening	22
de oorzaak van de klacht	16
de gevolgen van de aandoening	11

Bij het bekijken van deze tabel blijkt dat in ongeveer een vijfde van de kontakten patiënten het konsult beginnen met een expliciete hulpvraag. In de loop van het konsult blijken patiënten in ruim de helft van de gevallen expliciete wensen te uiten, deze hebben betrekking op verder onderzoek of verwijzing, het voorschrijven van medicijnen of behandeling. Vragen over het te voeren beleid komen voor in ruim een derde der kontakten en over de diagnose in minder dan een kwart; vragen over de oorzaak worden gesteld in nog niet een van de vijf kontakten, terwijl over de gevolgen van de aandoening in ongeveer een van de tien kontakten vragen gesteld worden.

Feitelijke informatie verschaffen

De door de patiënten gegeven en door ons geregistreeerde informatie heeft betrekking op een aantal facetten van de premedische fase waaronder de beleving en betekenis van de klacht.

In tabel IV-7 is weergegeven in hoeverre patiënten een bepaald aspect van deze feitelijke informatie inbrengen.

Tabel IV-7 Overzicht van het voorkomen van feitelijke informatie verstrekt door de patiënt, uitgedrukt in percentages van het totale aantal kontakten (N = 160).

De patiënt geeft feitelijke informatie over	
tijdstip begin van de klacht	72
omstandigheden waaronder patiënt last heeft	60
fluctuaties in de klachtbeleving	59
beleving/betekenis van de klacht	42
zelfmedikatie	31

Daaruit blijkt dat door patiënten in de helft à driekwart van de kontakten informatie verstrekt wordt over de premedische fase en dat in ongeveer tweevijfde van de kontakten iets gezegd wordt over de beleving en betekenis van de klacht.

Opvattingen uiten

In tabel IV-8 is weergegeven in hoeverre patiënten een eigen opvatting uitspreken over een mogelijke oorzaak van de klacht, over de diagnose en/of gevolgen van de aandoening en over een uit te stippelen beleid.

Tabel IV-8 Overzicht van de frekwenties van het voorkomen van uitingen van een eigen opvatting van de patiënt, uitgedrukt in percentages van het totale aantal kontakten (N = 160).

De patiënt uit een eigen opvatting met betrekking tot	
de oorzaak van de klacht	60
de diagnose van de aandoening	56
het te voeren beleid	52
de gevolgen van de aandoening	29

Uit deze tabel blijkt dat in meer dan de helft van de kontakten patiënten een eigen mening uitspreken met betrekking tot de oorzaak van de klacht. Ook een opvatting over de diagnose en het te voeren beleid werd in ruim de helft van de gevallen geuit. Opvallend is het relatief vrij kleine percentage uitlatingen over de gevolgen van de aandoening.

Het aandeel van patiënten in het denk- en beslisproces

Door ons is geprobeerd inzicht te verwerven in het aandeel van patiënten in het denk- en beslisproces aan de hand van drie aspecten:

In tabel IV-9 is weergegeven in welk percentage van de kontakten de patiënt een waarneembaar aandeel heeft gehad met betrekking tot een van die drie aspecten.

Tabel IV-9 Overzicht van het voorkomen van aspecten van het aandeel van de patiënt in het denk- en beslisproces, uitgedrukt in percentages van het totale aantal kontakten (N = 160).

Aan het verloop van het contact wordt door de patiënt een belangrijke bijdrage geleverd	67
Er is overleg geweest over de probleemdefinitie	35
De uiteindelijke beslissing wordt mede door de patiënt genomen	36

In ongeveer tweederde van de kontakten blijken de patiënten globaal bekeken een belangrijke bijdrage te leveren aan het verloop van het contact in de zin van: de patiënt is veel aan het woord en neemt regelmatig het initiatief met nieuwe informatie. Op specifieke momenten tijdens het spreekuurcontact is het aandeel van de patiënten veel geringer: in eenderde der gevallen blijkt er sprake te zijn van overleg over de probleemdefinitie en over de beslissing met betrekking tot het te voeren beleid.

Gebruik makend van een faktoranalyse met een principale faktor blijkt dat alle drie de aspecten op deze ene faktor redelijk hoog laden en dat de totaal verklaarde variantie 50% is (Tabel IV-10).

Tabel IV-10 Faktorladingen van de drie aspecten van het aandeel van de patiënt in het denk- en beslisproces (N = 160).

	Faktor 1
Verloop kontakt in belangrijke mate bepaald door de patient	.52
Overleg over problemedefinitie	.36
Uiteindelijke beslissing mede door de patient	-.62

De verklaarde variantie is 50 %

Op basis van deze gegevens kan een totaalscore van het aandeel van de patiënt berekend worden, samengesteld uit bovenstaande items, waarbij de mediaan als afkappunt wordt gehanteerd. Dan is het mogelijk de kontakten te ordenen naar meer of minder aandeel van de patiënten in het denk- en beslisproces.

Deze ordening zal bij de verdere analyses gebruikt worden.

2.2 Onderlinge samenhang van aspecten van de feitelijke inbreng

Bij de analyses is gebleken dat de feitelijke inbreng-aspekten zoals door ons gemeten niet zijn terug te brengen tot één of enkele goed interpreteerbare dimensies, die een groot deel van de variantie kunnen verklaren. Dat heeft ons ertoe gebracht bij de analyses de afzonderlijke aspecten te gebruiken. Toch blijkt er samenhang te zijn binnen twee aspecten van de feitelijke inbreng, namelijk het vragen stellen respectievelijk het uiten van opvattingen door de patiënt over oorzaak, diagnose, gevolgen van de aandoening en over het te voeren beleid. Bij de beoordelingen van de audiobanden was gebleken dat het vrij moeilijk is steeds een duidelijk onderscheid te maken tussen het vragen stellen en het uiten van opvattingen. Vaak bevat een vraag impliciet een opvatting bijv. ".... zou het bloedarmoede zijn?" of ".... is het niet beter een röntgenfoto te laten maken?". Daarom zijn we met behulp van een faktoranalyse nagegaan in hoeverre er samenhang is tussen deze twee aspecten.

De resultaten zijn weergegeven in tabel IV-11.

Tabel IV-11 Faktorladingen van feitelijke vragen en geuite opvattingen, varimax rotatie (N = 160).

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4
Feitelijke vragen over				
oorzaak	.77	-	-	-
diagnose	.45	-	-	-
gevolgen	-	-	-	-
te voeren beleid	-	-	.43	-
Geuite opvattingen over				
oorzaak	-	-	-	.46
diagnose	-	-	-	-
gevolgen	-	.58	-	-
te voeren beleid	-	.44	-	-

De verklaarde variantie bij een faktoranalyse met 4 factoren is 62 %.

Uit deze tabel blijkt dat deze aspecten toch onafhankelijk van elkaar betekenis hebben. Ook blijken er twee combinaties te zijn:

- het vragen stellen over oorzaak en diagnose; deze combinatie bleek in 30% van de kontakten voor te komen;
- het uiten van opvattingen over gevolgen en te voeren beleid; dit bleek in 60% der kontakten voor te komen.

Het vragen stellen over de gevolgen en het uiten van opvattingen over de diagnose blijken hierbij geen afzonderlijke dimensie te vormen en zijn niet in de verdere analyses meegenomen.

Mede met het oog op reductie van het aantal te gebruiken gegevens is besloten om bij de verdere analyses gebruik te maken van de aldus gevormde variabelen van deze twee aspecten van de feitelijke inbreng:

- het vragen stellen over oorzaak en diagnose;
- het vragen stellen over het te voeren beleid;
- het uiten van opvattingen over de oorzaak;
- het uiten van opvattingen over gevolgen en te voeren beleid.

2.3 De wijze van inbrengen

In hoofdstuk III is beschreven hoe wij met betrekking tot het naar voren brengen van expliciete wensen en het informatie verstrekken door de patiënten een indeling hebben gemaakt van de spreekuurkontakten naar de wijze waarop de patiënten dit doen.

Tabel IV-12 Overzicht van het voorkomen van de wijze waarop patiënten hun informatie verstrekken, uitgedrukt in percentages van het totale aantal kontakten (N = 160).

Overwegend spontaan	48
Even vaak spontaan/niet spontaan	33
Overwegend niet spontaan	19

Uit bovenstaande tabel blijkt dat in bijna de helft van de kontakten deze patiënten hun wensen en informatie overwegend spontaan inbrengen.

3 De werkwijze van de huisartsen

Hoewel in dit onderzoek het aksent lag op de inbreng van patienten tijdens het spreekuurkontakt, zijn er ook observaties gedaan met betrekking tot de werkwijze der huisartsen, waaraan door ons twee facetten zijn onderscheiden.

Het eerste facet betreft een **op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze** van de huisartsen (zie hoofdstuk III paragr. 3.4). De mate waarin de huisartsen deze werkwijze hanteren is beoordeeld aan de hand van vier aspecten, die zijn weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel IV-13 Overzicht van het voorkomen van aspecten van een op inbreng van de patient gerichte werkwijze van de huisartsen, uitgedrukt in percentages van het totale aantal kontakten (N=160).

Uitgebreide en duidelijke informatie geven aan de patient	30
Ruimte geven aan de patient in de beginfase van het konsult	29
Stimuleren tot actief meedenken	24
Hulpvraagverheldering	17

Hieruit blijkt dat de door ons beoordeelde afzonderlijke aspecten in 20 à 30% van de kontakten positief "gelabeld" konden worden, waarbij de vraagverheldering bij deze huisartsen het laagste scoorde. Gezamenlijk bleken de door ons gehanteerde observatiecriteria een bruikbare indicatie te vormen voor een op inbreng van de patient gerichte werkwijze van huisartsen. Uit een faktoranalyse komt naar voren dat alle vier de indicatoren redelijk hoog laden op de generale faktor en dat deze faktor 54% van de totale variantie verklaart.

Tabel IV-14 Faktorladingen van de vier aspecten van een op inbreng gerichte werkwijze van de huisartsen (N=160).

Uitgebreide en duidelijke informatie geven aan patient	.43
Ruimte geven aan patient in beginfase van het konsult	.66
Stimuleren tot actief meedenken	.74
Hulpvraagverheldering	.65

De verklaarde variantie is 54 %

Op basis hiervan kon een uit deze items samengestelde totaalscore berekend worden, waarbij de mediaan als afkappunt gehanteerd werd. Daarmee werd het mogelijk de kontakten te ordenen naar meer of minder op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze van de huisartsen.

Het tweede facet betreft de **reacties van huisartsen op feitelijke inbreng** van patiënten. Een dergelijke reactie van de huisarts kan slechts plaatsvinden als er sprake is van de desbetreffende feitelijke inbreng van de patiënt in dat spreekuurkontakt.

Tabel IV-15 Overzicht van het voorkomen van reacties van de huisartsen op de feitelijke inbreng van de patiënten, uitgedrukt in percentages van het aantal kontakten waarin dat aspect van feitelijke inbreng voorkomt.

Adekwaat ingaan op vragen met betrekking tot beleid	75	N=61
Adekwaat ingaan op expliciete wensen	42	N=85
Adekwaat ingaan op informatie met betrekking tot oorzaak	46	N=96
diagnose	36	N=89
beleid	36	N=83

In de tweede kolom van deze tabel is te zien dat de onderste vier aspecten van de feitelijke inbreng van patiënten in ongeveer de helft van de 160 geobserveerde spreekuurkontakten aan de orde komen. De reactie van de huisartsen op deze feitelijke inbreng is in ongeveer 40% der kontakten als adequaat beoordeeld. Het bovenste aspect van de feitelijke inbreng komt in een kleiner aantal kontakten aan bod en is in een hoger percentage als adequaat beoordeeld.

Dit tweede facet van de werkwijze van de huisartsen bleek moeilijk hanteerbaar te zijn en is diensgevolge slechts zeer tendele opgenomen in de verdere analyses.

4 In hoeverre is er samenhang tussen enerzijds de feitelijke inbreng van patiënten en anderzijds achtergrondgegevens, mogelijke inbreng van patiënten en werkwijze van huisartsen?

64

4.1 Inleiding

De samenhang tussen enerzijds de feitelijke inbreng van patiënten en anderzijds achtergrondgegevens, mogelijke inbreng van patiënten en een meer op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze van de huisartsen is in eerste aanleg nagegaan met behulp van een bivariate analysetechniek. Daarbij is een grote hoeveelheid enkelvoudige verbanden gevonden (Bijlage IV-2, 3 en 4). Om daarin meer inzicht te krijgen is als statistische techniek gebruik gemaakt van een gestuurde diskriminantanalyse. Dat is een multivariate analysetechniek, waarmee het mogelijk is de samenhang na te gaan van een aantal onafhankelijke variabelen, zowel afzonderlijk als tesamen, met één afhankelijke variabele.

Door de analyse te sturen is het mogelijk eerst de samenhang na te gaan van de afhankelijke variabelen met vooraf bepaalde onafhankelijke variabelen -in ons onderzoek de achtergrondgegevens- en daarnaast de samenhang na te gaan met de overige onafhankelijke variabelen. Meer zicht op de relatieve betekenis van de onafhankelijke variabelen ten opzichte van elkaar en ten opzichte van de afhankelijke variabele is te verkrijgen door deze analyse stapsgewijs uit te voeren. De resultaten van de analyses zijn weergegeven in de tabellen IV-17 t/m IV-25.

Men leze de tabellen als volgt:

In de eerste kolom is weergegeven de mate van statistisch significante samenhang van iedere onafhankelijke variabele afzonderlijk met de afhankelijke variabele; F is een toetsingsgrootte voor de sterkte van de samenhang. In dit onderzoek is een P -waarde kleiner dan .10 als grens genomen voor significantie. In de tweede kolom wordt met behulp van de gestandaardiseerde diskriminantkoëfficiënt de relatieve betekenis weergegeven van de desbetreffende onafhankelijke variabele, die deze heeft bij het verklaren van de afhankelijke variabele.

Dit getal kan variëren van -1 tot $+1$; hoe dichter bij 1 hoe groter de betekenis (zie van Eyk en Gubbels ²⁷).

De derde kolom geeft een maat voor de significantie met betrekking tot de bijdrage die de desbetreffende onafhankelijke variabele kan leveren aan het verklaren van de afhankelijke variabele in combinatie met de reeds eerder geselecteerde onafhankelijke variabelen.

De kanonische korrelatiecoëfficiënt is een maat voor de samenhang tussen alle geselecteerde onafhankelijke variabelen tesamen en de betreffende afhankelijke variabele. Dit getal varieert van nul tot een.

4.2 Selektie van de variabelen

De selektie van de bij deze analyses betrokken variabelen heeft voornamelijk plaatsgevonden op grond van de statistisch significante samenhang, gevonden bij het bestuderen van de enkelvoudige verbanden (Bijlage IV-2, 3, 4).

Onafhankelijke variabelen

Een aantal achtergrondgegevens bleken van geringe betekenis te zijn voor de feitelijke inbreng van patiënten tijdens het spreekuurkontakt: er was bijna geen of slechts zwakke samenhang van feitelijke inbreng met het geslacht van de patiënt, niet met de verzekeringsvorm noch met de frekwentie van het spreekuurbezoek. Ook bleek er zeer weinig samenhang te zijn met het gegeven dat patiënten met anderen over hun klacht spraken en dat zij zelf al iets aan de klacht gedaan hadden voor ze naar de dokter gingen. Evenmin bleek de ernstgraad van de klacht een rol van betekenis te spelen bij feitelijke inbreng. Op grond van deze bevindingen zijn deze achtergrondgegevens buiten beschouwing gelaten bij de verdere analyses, met uitzondering van het geslacht van patiënten; deze wordt immers beschouwd als een van de primaire variabelen die van belang zijn bij het spreekuurkontakt.

Daarnaast hebben we, vooral om een reductie van het aantal te verwerken variabelen te verkrijgen, een dichotomie aangebracht in de diagnose-kategorieën, waarmee de kontakten gekarakteriseerd zijn. Daarbij hebben we gekozen voor nerveus-funktionele klachten versus de overige categorieën. Dat is gebeurd op grond van het feit dat deze groep in de analyses statistisch bekeken vaker betekenis had. Bovendien ging onze belangstelling vooral uit naar deze groep aandoeningen, omdat daarbij naar onze mening de inbreng van patiënten een belangrijke rol zou kunnen spelen.

Afhankelijke variabelen

Bij de bivariate analyses bleek dat enkele aspecten van de feitelijke inbreng niet of nauwelijks samenhang vertoonden met een aantal achtergrondgegevens en mogelijke-inbreng-aspecten. Het stellen van een expliciete hulpvraag in de introductiefase bleek slechts statistisch significant samenhang te vertonen met het gegeven dat het kontakt betrekking had op nerveus-funktionele klachten.

Informatie over het begin van de klacht bleek slechts significant vaker voor te komen in kontakten, waarbij patiënten hadden aangegeven geen eerdere ervaring met dezelfde klacht te hebben gehad of waarbij zij de wens opgegeven hadden om te kunnen praten over persoonlijke problemen. Het verstrekken van informatie over de omstandigheden waaronder patiënten last hebben bleek weliswaar samen te hangen met een aantal achtergrondgegevens, maar is niet in de analyses betrokken om bovengenoemde redenen. Informatie over fluktuaties in de klachtbeleving vertoonde bijna geen statistisch significante samenhang met achtergrondgegevens en kwam slechts vaker voor in kontakten, waarbij patiënten een gevoelsmatig gekleurde reden hadden opgegeven. Deze bevindingen deden ons besluiten de bovengenoemde aspecten van de feitelijke inbreng niet te betrekken in de verdere analyses. Hierdoor zijn analyses met enkele interessante variabelen achterwege gebleven zoals bijvoorbeeld met het gegeven van het door-anderen-gestuurd-zijn. Een schematisch overzicht van de variabelen die wél bij de analyses betrokken zijn, is te vinden in nevenstaande tabel. De analyses hebben alle betrekking op 151 kontakten (zie hoofdstuk III par. 2.1).

Tabel IV-16 Overzicht van de onafhankelijke en afhankelijke variabelen die betrokken zijn bij de diskriminantanalyses betreffende enerzijds achtergrondgegevens, mogelijke-inbreng-aspekten en de werkwijze van de huisartsen en anderzijds feitelijke-inbreng-aspekten (N = 151).

Onafhankelijke variabelen	Afhankelijke variabelen
<u>Achtergrondgegevens</u>	<u>Feitelijke-inbreng-aspekten</u>
Leeftijd	Het uiten van expliciete wensen
Geslacht	Vragen over oorzaak of diagnose
Duur relatie met huisarts	Vragen over te voeren beleid
Ervaring met klacht	Informatie over zelfmedikatie
Hoe lang deze klacht	Informatie over beleving en
Kontakt betreft	betekenis van de klacht
nerveus-funktionele klachten	Opvattingen over oorzaak
	Opvattingen over gevolgen of
	het te voeren beleid
<u>Mogelijke-inbreng-aspekten</u>	Aandeel in het denk- en beslis-
Doelgerichte redenen	proces
Gevoelsmatig gekleurde redenen	Wijze van inbrengen
Wensen met betrekking tot	
gesprek over persoonlijke problemen	
behandeling	
verwijzing	
informatie	
Eigen mening patient over diagnose	
<u>Werkwijze huisartsen</u>	
meer op inbreng gericht	

4.3 De diskriminantanalyses die betrekking hebben op de feitelijke inbreng van patienten

In deze paragraaf zullen de resultaten van de diskriminantanalyses besproken worden, steeds aan de hand van een tabel.

Tabel IV-17 Resultaat van de diskriminantanalyse betreffende "het uiten van expliciete wensen".

	P/F	diskriminant koëfficiënt	P/change
Leeftijd	.08	-.31	.20
Geslacht	.86		
Duur relatie met huisarts	.25		
Ervaring met klacht	.01	.38	.21
Duur van de klacht	.00	-.23	.00
Kontakt betreft nerveus-funktionele klachten	.11	.01	.22
Doelgerichte redenen	.72		
Gevoelsmatig gekleurde redenen	.45	.37	.12
Wil praten over persoonlijke problemen	.01	.40	.02
Wil behandeling	.15	-.23	.25
Wil verwijzing	.05	.22	.23
Wil informatie	.37	-.37	.05
Eigen mening patient over diagnose	1.0		
Werkwijze huisartsen meer op inbreng gericht	.01	.45	.02
Kanonische korrelatiekoëfficiënt			.45

Afzonderlijk bekeken vertonen drie achtergrondgegevens statistisch significante samenhang met het uiten van expliciete wensen: de leeftijd van de patiënt (hoe ouder, hoe vaker expliciete wensen), ervaring met de klacht (als patienten al eerder dezelfde klacht hadden, worden vaker expliciete wensen geuit) en de duur van de klacht (hoe langer patienten de klacht hadden hoe vaker expliciete wensen geuit worden).

Bij beschouwing van de betekenis van de achtergrondgegevens gezamenlijk blijkt de duur van de klacht het meest op de voorgrond te staan. Op grond van de samenhang, die ervaring met de klacht en leeftijd van de patiënt onderling blijken te vertonen met de duur van de klacht, leveren zij geen bijdrage meer aan de verklaarde variantie van het uiten van expliciete wensen.

Worden de overige factoren afzonderlijk bekeken, dan is er statistisch significante samenhang met het uiten van expliciete wensen te zien van zowel een tweetal aspecten van de mogelijke inbreng (als er een wens om te praten over persoonlijke problemen of om verwijzing was aangegeven, worden er vaker expliciete wensen geuit) als een meer op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze van de huisartsen.

Bij de bestudering van de betekenis der overige factoren gezamenlijk blijkt dat naast de bovengenoemde achtergrondgegevens het een meer op inbreng gerichte werkwijze van de huisarts is en de wens om over persoonlijke problemen te praten waardoor het uiten van expliciete wensen verklaard wordt.

In de kontekst van deze set variabelen blijkt de wens met betrekking tot informatie ook een bijdrage te leveren. De wens met betrekking tot verwijzing draagt slechts in zeer geringe mate bij aan de verklaarde variantie, vooral op grond van de rol die andere aspecten van de mogelijke inbreng blijken te spelen.

De geselecteerde variabelen tesamen kunnen 20% van de variantie verklaren van dit aspekt van de feitelijke inbreng.

Samenvattend kunnen we stellen dat kontakten waarin mensen expliciete wensen uiten, zich onderscheiden doordat het langer durende klachten betreft; daarnaast door een meer op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze van de huisarts in die kontakten en doordat patiënten van te voren aangaven over persoonlijke problemen te willen praten en informatie te willen krijgen.

Tabel IV-18 Resultaat van de diskriminantanalyse betreffende "het vragen stellen over oorzaak of diagnose".

	P/F	diskriminant koëfficiënt	P/change
Leeftijd	.47		
Geslacht	.03	-.51	.03
Duur relatie met huisarts	.37	-.30	.24
Ervaring met klacht	.26	.53	.18
Duur van de klacht	.16	.61	.05
Kontakt betreft nerveus-funktionele klachten	.24	.42	.08
Doelgerichte redenen	.20	.33	.21
Gevoelsmatig gekleurde redenen	.82		
Wil praten over persoonlijke problemen	.97		
Wil behandeling	.59		
Wil verwijzing	.64		
Wil informatie	.87		
Eigen mening patient over diagnose	.17	-.34	.23
Werkwijze huisartsen meer op inbreng gericht	1.00		
Kanonische korrelatiekoëfficiënt		.34	

Afzonderlijk bekeken vertoont van de achtergrondgegevens alleen het geslacht van de patiënt statistisch significant samenhang met het vragenstellen over oorzaak of diagnose: in kontakten met vrouwelijke patiënten worden vaker vragen gesteld.

Uit de analyses betreffende de betekenis van de gezamenlijke achtergrondgegevens valt op te maken dat niet alleen het geslacht van de patiënten, maar ook de duur van de klacht (samen met ervaring met de klacht) en het feit dat het kontakt al dan niet nerveus-funktionele klachten betreft, een bijdrage leveren aan de verklaarde variantie van dit aspect van de feitelijke inbreng.

De analyses met de overige factoren afzonderlijk en tezamen leverden geen statistisch significante gegevens op.

De geselecteerde variabelen tezamen kunnen 12% van de variantie verklaren.

Samenvattend kan gesteld worden dat kontakten waarin mensen vragen stellen over oorzaak of diagnose van de aandoening zich onderscheiden doordat het vooral vrouwelijke patiënten betreft en langer durende of nerveus-funktionele klachten, maar ook doordat naast deze achtergrondgegevens nóch enig aspekt van de mogelijke inbreng van patiënten nóch een meer op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze van de huisartsen een rol van betekenis blijkt te spelen.

Tabel IV-19 Resultaat van de diskriminantanalyse betreffende "het vragen stellen over het te voeren beleid".

	P/F	diskriminant koëfficiënt	P/change
Leeftijd	.01	.62	.00
Geslacht	.47		
Duur relatie met huisarts	.18	-.38	.04
Ervaring met klacht	.24	.57	.08
Duur van de klacht	.70		
Kontakt betreft nerveus-funktionele klachten	.30	-.10	.25
Doelgerichte redenen	.45	-.36	.16
Gevoelsmatig gekleurde redenen	.04		
Wil praten over persoonlijke problemen	.46	-.27	.21
Wil behandeling	.38		
Wil verwijzing	.08	.33	.14
Wil informatie	.01	.50	.01
Eigen mening patient over diagnose	.95		
Werkwijze huisartsen meer op inbreng gericht	.37		
Kanonische korrelatiekoëfficiënt			.42

Met dit aspekt van de feitelijke inbreng blijkt van de achtergrondgegevens afzonderlijk alleen de leeftijd van patiënten statistisch significant samen te hangen: door 30- tot 49-jarigen worden vaker vragen gesteld over het te voeren beleid.

Uit analyses betreffende de betekenis van de achtergrondgegevens gezamenlijk blijken naast deze leeftijdsfaktor ook de duur van de relatie met de huisarts (hoe korter de relatie, hoe meer vragen) en ervaring met de klacht (als patiënten dezelfde klacht nog niet eerder hadden, worden er meer vragen gesteld) een bijdrage te leveren aan de verklaarde variantie van dit aspekt van de feitelijke inbreng.

Bekijken we de overige factoren afzonderlijk, dan blijkt het stellen van vragen over het te voeren beleid statistisch significant samen te hangen met drie aspecten van de mogelijke inbreng: er is minder feitelijke inbreng van dit aspect als patiënten een gevoelsmatig gekleurde reden opgaven om naar de dokter te gaan, als patiënten een wens opgegeven hadden met betrekking tot verwijzing of met betrekking tot informatie van de kant van de huisarts. In de analyses betreffende de betekenis der overige factoren gezamenlijk naast de achtergrondgegevens blijft de wens met betrekking tot informatie op de voorgrond staan. Op grond van de samenhang die een gevoelsmatig gekleurde reden vertoont met de wens om informatie levert deze geen eigen bijdrage meer aan de verklaarde variantie van dit feitelijke-inbreng-aspect. En de bijdrage van de wens met betrekking tot verwijzing verdwijnt bijna geheel op grond van samenhang met de andere geselecteerde variabelen. Met de geselecteerde variabelen is 18% van de variantie te verklaren van dit aspect van de feitelijke inbreng.

Samenvattend kan men het volgende stellen: kenmerkend voor kontakten, waarin vragen gesteld worden over het te voeren beleid, is dat het vooral kontakten betreft van 30- tot 49-jarigen die kort ingeschreven zijn bij hun huisarts en van patiënten die nog niet eerder dezelfde klacht hadden. Daarnaast is de kans kleiner dat vragen over het te voeren beleid gesteld worden bij kontakten, waarin patiënten van te voren de wens om informatie hadden aangegeven (o.a. over wat zijzelf zouden kunnen doen) en kenmerkend is verder dat bij dit aspect van de feitelijke inbreng de werkwijze van de huisarts slechts een ondergeschikte rol speelt.

Tabel IV-20 Resultaat van de diskriminantanalyse betreffende "het geven van informatie over zelfmedikatie".

	P/F	diskriminant koëfficiënt	P/change
Leeftijd	.33		
Geslacht	.31	-.23	.24
Duur relatie met huisarts	.83		
Ervaring met klacht	.08		
Duur van de klacht	.02	-.61	.02
Kontakt betreft nerveus-funktionele klachten	.47		
Doelgerichte redenen	.62		
Gevoelsmatig gekleurde reden	.03	.74	.03
Wil praten over persoonlijke problemen	.46		
Wil behandeling	.45	.35	.20
Wil verwijzing	.92		
Wil informatie	.61	-.50	.09
Eigen mening patient over diagnose	.81		
Werkwijze huisartsen meer op inbreng gericht	.21	.34	.15
Kanonische korrelatiekoëfficiënt			.35

Bij de achtergrondgegevens afzonderlijk blijkt vooral de duur van de klacht een rol van betekenis te spelen: in kontakten die langer dan 6 maanden durende klachten betreffen en waar het gaat om patiënten die dezelfde klacht al eerder hadden, wordt vaker informatie gegeven over zelfmedikatie.

Uit de analyses van de gezamenlijke achtergrondgegevens blijkt vooral de duur van de klacht een bijdrage te leveren aan de verklaarde variantie. Op grond van samenhang met deze faktor vertoont de ervaring met de klacht geen afzonderlijke bijdrage meer.

Bekijken we de samenhang van dit aspekt van de feitelijke inbreng met de overige factoren afzonderlijk dan blijkt één faktor op de voorgrond te staan: bij een gevoelsmatig gekleurde reden wordt vaker informatie verstrekt over zelfmedikatie.

Uit de analyses betreffende de betekenis der overige factoren gezamenlijk komt naar voren dat naast het bovengenoemde achtergrondgegeven het van de overige factoren vooral een gevoelsmatige reden is die een bijdrage levert aan de verklaarde variantie. Naast een gevoelsmatige reden blijkt een van te voren aangegeven wens met betrekking tot informatie de kans te verkleinen dat patiënten informatie verschaffen over zelfmedikatie. Met de geselecteerde variabelen is 12% variantie te verklaren van dit aspect van de feitelijke inbreng.

Samengevat: voor de kontakten waarin informatie verstrekt wordt over zelfmedikatie, blijkt het kenmerkend te zijn dat zij langer durende klachten betreffen, dat er vaker sprake is van een gevoelsmatig gekleurde reden om naar de dokter te gaan en bovendien dat dit minder vaak voorkomt bij een vooraf aangegeven wens om informatie. Ook bij dit aspect van de feitelijke inbreng blijkt een meer op inbreng gerichte werkwijze van de huisarts een rol van geringe betekenis te spelen.

Tabel IV-21 Resultaat van de diskriminantanalyse betreffende
"het geven van informatie over beleving en betekenis van de klacht".

	P/F	diskriminant koëfficiënt	P/change
Leeftijd	.13	-.33	.09
Geslacht	.04	.41	.06
Duur relatie met huisarts	.37		
Ervaring met klacht	.06		
Duur van de klacht	.01	-.28	.02
Kontakt betreft nerveus-funktionele klachten	.00	.56	.00
Doelgerichte redenen	.34		
Gevoelsmatig gekleurde redenen	.30	.39	.10
Wil praten over persoonlijke problemen	.03		
Wil behandeling	.72		
Wil verwijzing	.02	.37	.00
Wil informatie	.60	-.26	.07
Eigen mening patient over diagnose	.45	-.20	.21
Werkwijze huisartsen meer op inbreng gericht	.00	.30	.06
Kanonische korrelatiekoëfficiënt			.50

Afzonderlijk bekeken blijkt een viertal factoren van de achtergrondgegevens statistisch significant samen te hangen met dit aspect van de feitelijke inbreng: er wordt vaker informatie verstrekt over beleving en betekenis van de klacht als het in de konsulten vrouwelijke patienten betreft en patienten die dezelfde klacht al eerder hadden. Bij konsulten die betrekking hebben op nerveus-funktionele klachten en naarmate de klachten langer geduurd hadden, wordt eveneens vaker deze informatie verstrekt.

In de analyses van de betekenis van de gezamenlijke achtergrondgegevens blijkt bij het verstrekken van dit soort informatie het feit dat het contact nerveus-funktionele klachten en langer durende klachten betreft een bijdrage te leveren aan de verklaarde variantie; de ervaring met de klacht blijkt weer samen te hangen met de duur van de klacht en levert daardoor geen afzonderlijke bijdrage meer. Daarnaast leveren het geslacht van de patiënten (vrouwen verstrekken meer informatie over beleving en betekenis) en de leeftijd (hoe ouder hoe meer feitelijke inbreng van dit aspekt) een bijdrage aan de verklaarde variantie.

Betrekken we de overige factoren afzonderlijk bij de analyses, dan blijkt het informatie verstrekken over beleving en betekenis van de klacht statistisch significant samen te hangen met twee aspekten van de mogelijke inbreng (als is opgegeven dat er wensen bestaan om te kunnen praten over persoonlijke problemen of om verwezen te worden, wordt er vaker informatie verstrekt) en met meer op inbreng gerichte werkwijze van de huisarts.

Bij de bestudering van de betekenis der overige factoren gezamenlijk blijkt naast de bovengenoemde achtergrondgegevens de wens om verwijzing een bijdrage te leveren aan de verklaarde variantie. Op grond van gekonstateerde sterke samenhang van de wens om te kunnen praten over persoonlijke problemen met nerveus-funktionele klachten en in geringere mate met de wens om verwijzing, levert deze geen eigen bijdrage meer aan de verklaarde variantie. Hoewel een meer op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze van de huisarts blijkt samen te hangen met nerveus-funktionele klachten, levert deze ook een eigen bijdrage aan de verklaarde variantie van dit aspekt van de feitelijke inbreng. Naast deze factoren blijkt een van te voren aangegeven wens met betrekking tot informatie de kans te verkleinen dat er tijdens het konsult informatie verstrekt wordt over beleving en betekenis van de klacht.

Met de geselecteerde variabelen is 25% van de variantie van dit feitelijke-inbreng-aspekt te verklaren.

Samengevat komt het erop neer dat het kenmerkend is voor contacten, waarin informatie over beleving en betekenis van de klacht verstrekt wordt, dat zij nerveus-funktionele en langer durende klachten betreffen en dat deze contacten betrekking hebben op vrouwelijke en oudere patiënten; daarnaast dat bij deze contacten patiënten van te voren aangaven verwezen te willen worden en dat de huisartsen een meer op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze hanteren. Tenslotte blijkt dit minder vaak voor te komen in contacten, waarbij patiënten van te voren de wens om informatie aangaven.

Tabel IV-22 Resultaat van de diskriminantanalyse betreffende "het uiten van opvattingen over de oorzaak van de aandoening".

	P/F	diskriminant koëfficiënt	P/change
Leeftijd	.46	-.30	.11
Geslacht	.83		
Duur relatie met huisarts	.20	.26	.19
Ervaring met klacht	.41		
Duur van de klacht	.20	.54	.01
Kontakt betreft nerveus-funktionele klachten	.00	.95	.00
Doelgerichte redenen	.85		
Gevoelsmatig gekleurde redenen	.68		
Wil praten over persoonlijke problemen	.19		
Wil behandeling	.46	.26	.17
Wil verwijzing	.78		
Wil informatie	.54		
Ligen mening patient over diagnose	.53		
Werkwijze huisartsen meer op inbreng gericht	.11		
Kanonische korrelatiekoëfficiënt			.43

Afzonderlijk bekeken blijkt van de achtergrondgegevens alleen het feit dat het kontakt nerveus-funktionele klachten betreft statistisch significant samen te hangen met het uiten van opvattingen over de oorzaak van de aandoening.

Bij de analyses betreffende de betekenis van de achtergrondgegevens gezamenlijk blijkt dat daarnaast de duur van de klacht een bijdrage levert aan de verklaarde variantie van dit aspekt van de feitelijke inbreng.

Analyses met de overige factoren afzonderlijk en gezamenlijk leveren geen statistisch significante gegevens op.

Door de geselecteerde variabelen wordt 19% van de variantie verklaard van dit aspekt van de feitelijke inbreng.

Samengevat blijken kontakten waarin opvattingen over de oorzaak van de aandoening geuit worden, zich te onderscheiden doordat ze nerveus-funktionele en langer durende klachten betreffen, terwijl nóch mogelijke inbreng van patiënten nóch een meer op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze van de huisarts een belangrijke rol spelen.

Tabel IV-23 Resultaat van de diskriminantanalyse betreffende "het uiten van opvattingen over de gevolgen van de aandoening en het te voeren beleid".

	P/F	diskriminant koëfficiënt	P/change
Leeftijd	.07	-.28	.12
Geslacht	.86		
Duur relatie met huisarts	.15		
Ervaring met klacht	.00	.56	.00
Duur van de klacht	.00	-.09	.20
Kontakt betreft nerveus-funktionele klachten	.01	.21	.01
Doelgerichte redenen	.33		
Gevoelsmatig gekleurde redenen	.87		
Wil praten over persoonlijke problemen	.17		
Wil behandeling	.90		
Wil verwijzing	.31		
Wil informatie	.92		
Ligen mening patient over diagnose	.80		
Werkwijze huisartsen meer op inbreng gericht	.00	.74	.00
Kanonische korrelatiekoëfficiënt			.48

Bij het bestuderen van dit aspekt van de feitelijke inbreng blijkt er met vier achtergrondgevens afzonderlijk statistisch signifikante samenhang te bestaan: de leeftijd van de patiënten (hoe ouder hoe vaker uitingen), ervaring met de klacht (als patiënten de klacht al eerder hadden, zijn er vaker uitingen), duur van de klacht (bij langer durende klachten zijn er vaker uitingen), en indien het kontakt nerveus-funktionele klachten betreft zijn er vaker uitingen met betrekking tot dit aspekt van de feitelijke inbreng.

Bij de analyse betreffende de betekenis van de gezamenlijke achtergrondgegevens blijken de ervaring met de klacht en het gegeven dat kontakten nerveus-funktionele klachten betreffen een bijdrage te leveren aan de verklaarde variantie; door de gekonstateerde samenhang van de duur van de klacht met de ervaring met de klacht levert deze geen eigen bijdrage van betekenis meer. De leeftijd van patiënten verliest zijn betekenis op grond van samenhang met de andere geselecteerde variabelen.

Bekijken we de overige factoren afzonderlijke dan valt op dat er statistisch significante samenhang bestaat met een meer op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze van de huisartsen, waarbij vaker voorkomt dat patiënten opvattingen uiten over de gevolgen van de aandoening en het te voeren beleid.

Bij bestudering van de betekenis der overige factoren gezamenlijk blijkt naast de bovengenoemde achtergrondgegevens een meer op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze van de huisartsen een bijdrage van betekenis te leveren aan de verklaarde variantie van dit aspect van de feitelijke inbreng. Met de geselecteerde variabelen is 23% van de variantie te verklaren.

Samenvattend: kontakten waarin opvattingen geuit worden over de gevolgen van de aandoening en over het te voeren beleid, onderscheiden zich doordat het kontakten betreft waarbij patiënten dezelfde klacht al eerder (en langer) hadden en waarbij het gaat om nerveus-funktionele klachten en daarnaast doordat in deze kontakten de huisartsen meer op inbreng van de patiënt gericht werken.

De mogelijke inbreng van patiënten blijkt daarnaast geen rol van betekenis te spelen.

Tabel IV-24 Resultaat van de diskriminantanalyse betreffende "het aandeel van de patiënt in het denk- en beslisproces".

	P/F	diskriminant	P/change
		koëfficiënt	
Leeftijd	.59	-.28	.27
Geslacht	.29		
Duur relatie met huisarts	.01	.65	.01
Ervaring met klacht	.92		
Duur van de klacht	.16		
Kontakt betreft nerveus-funktionele klachten	.03	.45	.04
Doelgerichte redenen	.66		
Gevoelsmatig gekleurde redenen	.88		
Wil praten over persoonlijke problemen	.12		
Wil behandeling	.18		
Wil verwijzing	.67		
Wil informatie	.99		
Eigen mening patiënt over diagnose	.54		
Werkwijze huisartsen meer op inbreng gericht	.02	.36	.19
Kanonische korrelatiekoëfficiënt			.32

Met dit aspect van de feitelijke inbreng blijken twee achtergrondgegevens afzonderlijk statistisch significant samenhang te vertonen: de duur van de relatie met de huisarts, hoe korter de patiënt staat ingeschreven bij de huisarts hoe vaker de patiënt een belangrijk aandeel heeft in het denk- en beslisproces; indien het kontakt nerveus-funktionele klachten betreft, is er ook vaker een belangrijk aandeel van de patiënt.

Uit de analyses betreffende de betekenis van de achtergrondgegevens gezamenlijk komt een zelfde beeld naar voren: dezelfde achtergrondvariabelen blijken een bijdrage te leveren aan de verklaarde variantie van dit aspect van de feitelijke inbreng van de patiënt.

Bekijken we de overige factoren afzonderlijk dan blijkt dat ook dit aspect van de feitelijke inbreng slechts statistisch significant samenhang vertoont met een meer op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze van de huisartsen.

Bij de analyses betreffende de betekenis der overige factoren gezamenlijk naast de achtergrondgegevens blijkt dat een meer op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze van de huisartsen een zodanige samenhang vertoont met nerveus-funktionele klachten dat er geen eigen bijdrage van betekenis meer geleverd wordt aan de verklaarde variantie.

83

De door de geselecteerde variabelen te verklaren variantie bedraagt 10% van dit feitelijke-inbreng-aspekt.

Samengevat komt het erop neer dat kontakten waarin patiënten een belangrijk aandeel hebben in denk- en beslisproces, gekenmerkt worden door een korter durende relatie met de huisarts en door het feit dat er nerveus-funktionele klachten in het spel zijn. De mogelijke inbreng van patiënten en een meer op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze van de huisartsen spelen daarnaast geen betekenisvolle rol.

Tabel IV-25 Resultaat van de diskriminantanalyse betreffende "de wijze van inbrengen".

	P/F	diskriminant koëfficiënt	P/change
Leeftijd	.00	.78	.00
Geslacht	.51		
Duur relatie met huisarts	.03	-.70	.01
Ervaring met klacht	.94		
Duur van de klacht	.24		
Kontakt betreft nerveus-funktionele klachten	.76		
Doelgerichte redenen	.63	.25	.22
Gevoelsmatig gekleurde redenen	.92		
Wil praten over persoonlijke problemen	.77		
Wil behandeling	.81		
Wil verwijzing	.29		
Wil informatie	.95	-.25	.26
Eigen mening patient over diagnose	.22	.30	.14
Werkwijze huisartsen meer op inbreng gericht	.18	.50	.03
Kanonische korrelatiekoëfficiënt			.40

Bij de wijze van inbrengen (spontaan of op aandringen van de huisarts) blijkt dat twee achtergrondgegevens afzonderlijk statistisch significant samenhang vertonen: de leeftijd van patienten, (hoe ouder hoe vaker een overwegend spontane wijze van inbrengen) en de duur van de relatie met de huisarts (hoe korter die relatie hoe vaker een overwegend spontane wijze van inbrengen).

De analyses betreffende de betekenis van de achtergrondgegevens gezamenlijk laten zien dat dezelfde twee variabelen een bijdrage leveren aan de verklaarde variantie van dit aspect van de feitelijke inbreng.

De overige factoren afzonderlijk vertonen geen statistisch significante samenhang met de wijze van inbrengen.

Bij bestudering van de betekenis der overige factoren gezamenlijk blijkt naast de bovengenoemde achtergrondgegevens vooral een meer op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze van de huisartsen een bijdrage te leveren aan de verklaarde variantie (bij deze manier van werken der huisartsen is de wijze van inbrengen van patiënten minder vaak overwegend spontaan). De verklaarde variantie door de geselecteerde variabelen bedraagt 16%.

85

Samengevat: kontakten waarin een overwegend spontane werkwijze van inbrengen is waar te nemen, blijken zich te onderscheiden doordat het oudere patiënten betreft of kort bij de huisarts ingeschrevenen en doordat het minder vaak is waar te nemen in kontakten, waarin de huisartsen meer op inbreng van de patiënt gericht werken. De mogelijke-inbreng-aspekten spelen daarnaast een ondergeschikte rol.

5 In hoeverre is er samenhang tussen enerzijds de beleidsbeslissingen van de huisartsen en anderzijds achtergrondgegevens, feitelijke inbreng van patiënten en de werkwijze van de huisartsen?

86

5.1 Inleiding

Een overzicht van de door de huisartsen na het konsult genoteerde beleidsbeslissingen is te vinden in onderstaande tabel.

Tabel IV-26 Overzicht van de door de huisartsen genoteerde beleidsbeslissingen, uitgedrukt in percentages van het totale aantal kontakten (N = 562).

Lichamelijk onderzoek	71
Recept geschreven	54
"Terugbesteld"	26
Begeleiding; uitleg wat er verder moet gebeuren	19
Gerustgesteld	17
Onduidelijk, afwachten	12
Advies, leefregel	12
Gesprek over persoonlijke problemen	11
Doorgestuurd voor verder onderzoek	10
Uitleg over ernst situatie	10
Advies ziektewet	4
Ingreepje, injectie	4

De huisartsen konden meer dan één mogelijkheid aankruisen, zodat de percentages niet opgeteld kunnen worden. Uit deze tabel blijkt onder meer dat er in ruim de helft van de gevallen een recept wordt uitgeschreven en dat met een kwart van de patiënten een afspraak gemaakt wordt om nog eens terug te komen.

Bij een van de tien kontakten wordt de patiënt doorgestuurd voor verder onderzoek. Opvallend is het kleine percentage ingreepjes. Bij nadere analyses blijken de onderscheiden beleidsbeslissingen geen onderlinge samenhang te vertonen.

Met behulp van een bivariate analysetechniek is nagegaan in hoeverre er samenhang bestaat tussen de beleidsbeslissingen enerzijds en anderzijds achtergrondgegevens, feitelijke inbreng van patiënten en een meer op inbreng gerichte werkwijze van de huisartsen (zie bijlage IV-5, 6 en 7).

Daarbij is er statistisch significant samenhang gevonden tussen een aantal variabelen. Om in die samenhang evenals in de samenhang van de onafhankelijke variabelen (zowel afzonderlijk als tezamen) met de afhankelijke variabele meer inzicht te verwerven, is ook hier gebruik gemaakt van diskriminantanalyses (zie paragraaf 3.1). De resultaten van de analyses zijn weergegeven in de tabellen IV-28 t/m 31.

Tussen de uitkomsten van de bivariate analyses en de diskriminantanalyses zijn verschillen waar te nemen. Deze verschillen zijn als volgt te verklaren. Er zijn getalsmatige verschillen; de enkelvoudige relaties tussen achtergrondgegevens en beleidsbeslissingen zijn onderzocht in het bestand van 562 kontakten bij 14 huisartsen. De diskriminantanalyses hebben betrekking op 151 kontakten bij 9 huisartsen; dit veroorzaakt een andere verdeling van sommige variabelen (zie frekwentieverdelingen bij hoofdstuk III). Bovendien is er inhoudelijk verschil; bij de selectie van de kontakten voor het te beluisteren bestand is het "nieuwe-klacht-kriterium" (zie hoofdstuk III) van doorslaggevende betekenis geweest. Tenslotte: er is voor enkele variabelen een tweedeling gemaakt in verband met een niet lineaire samenhang, die zichtbaar was in de kruistabellen. Deze tweedeling zou van invloed kunnen zijn op de statistische significantie van verbanden.

5.2 Selectie der variabelen

Onafhankelijke variabelen

Met betrekking tot de achtergrondgegevens bleek bij het bestuderen van de verbanden, gevonden bij de analyses die verricht werden met behulp van de bivariate techniek, dat de beleidsbeslissingen van deze huisartsen hoegenaamd geen samenhang vertoonden met de volgende factoren: leeftijd en geslacht van de patiënten en de verzekeringsvorm. Of er met anderen over de klacht gesproken was, of er zelf iets aan gedaan was en of patiënten dezelfde klacht al eerder hadden, bleek evenmin een rol te spelen bij de beleidsbeslissingen. Dit vormde de reden dat deze achtergrondgegevens buiten de analyses gelaten zijn.

Wat betreft de feitelijke inbreng van patiënten bleek dat de beleidsbeslissingen met de volgende aspecten zeer weinig of geen samenhang vertoonden: vragen over het te voeren beleid, informatie over de premedische fase (met uitzondering van informatie over beleving en betekenis van de klacht), opvattingen over de oorzaak van de aandoening, aandeel in het denk- en beslisproces en de wijze van inbrengen. Daarom zijn deze aspecten bij de analyses buiten beschouwing gelaten.

Afhankelijke variabelen

Bij vier beleidsbeslissingen bleek er statistisch significante samenhang te bestaan met een of meer factoren van de achtergrondgegevens en van de feitelijke inbreng van patiënten of met de werkwijze van de huisartsen. Dat betrof het verrichten van lichamelijk onderzoek, het uitschrijven van een recept, geruststelling, een gesprek. Deze vier zijn in de analyses betrokken.

In onderstaande tabel is weergegeven welke variabelen met elkaar in verband gebracht zijn met behulp van een gestuurde diskriminantanalyse (zie ook par. 3.1).

Tabel IV-27 Overzicht van onafhankelijke en afhankelijke variabelen die betrokken zijn bij de diskriminantanalyses betreffende enerzijds achtergrondgegevens, mogelijke-inbreng-aspekten en de werkwijze van de huisartsen en anderzijds de beleidsbeslissingen van de huisartsen (N = 151).

Onafhankelijke variabelen	Afhankelijke variabelen
<u>Achtergrondgegevens</u>	<u>Beleidsbeslissingen</u>
Opleiding	Het verrichten van
Frekwentie spreekuurbezoek	lichamelijk onderzoek
Duur relatie met huisarts	Het schrijven van een
Duur van de klacht	recept
Ernst van de aandoening	Geruststelling
Kontakt betreft	Het voeren van een gesprek
nerveus-funktionele klachten	
<u>Feitelijke inbreng-aspekten</u>	
Expliciete hulpvraag in introductiefase	
Het uiten van expliciete wensen	
Vragen over oorzaak en diagnose	
Informatie over beleving en betekenis klacht	
Opvattingen over gevolgen en te voeren beleid	
<u>Werkwijze huisartsen</u>	
meer op inbreng gericht	

5.3 De diskriminantanalyses die betrekking hebben op de beleidsbeslissingen

89

In deze paragraaf zullen de resultaten van de diskriminantanalyses besproken worden, wederom aan de hand van de tabellen.

Tabel IV-28 Resultaat van de diskriminantanalyse betreffende "het verrichten van lichamelijk onderzoek".

	P/F	diskriminant koëfficiënt	P/change
Opleiding	.19		
Frekwentie huisartsbezoek	.55		
Duur relatie met huisarts	.01	.41	.01
Duur van de klacht	.27		
Ernst van de aandoening	.42		
Kontakt betreft nerveus-funktionele klachten	.07	.11	.09
Expliciëte hulpvraag in introductiefase	.01	.34	.06
Expliciëte wensen	.00	.36	.00
Vragen over oorzaak en diagnose	.00	-.54	.00
Informatie over beleving van de klacht	.13		
Opvattingen over gevolgen en beleid	.00	.31	.10
Werkwijze huisartsen meer op inbreng gericht	.01		
Kanonische korrelatiekoëfficiënt		.47	

Bij dit aspect van de beleidsbeslissingen blijkt er met twee achtergrondgegevens afzonderlijk statistisch significant samenhang te bestaan: de duur van de relatie met de huisarts (bij langer dan 5 jaar ingeschrevenen wordt vaker lichamelijk onderzoek verricht) en het gegeven dat het kontakt betrekking heeft op nerveus-funktionele klachten (dan wordt minder vaak lichamelijk onderzoek verricht).

Bij de analyses betreffende de betekenis der achtergrondgegevens gezamenlijk voor dit beleidsaspect blijken dezelfde achtergrondvariabelen een bijdrage te leveren aan de verklaarde variantie.

Bekijken we de overige factoren afzonderlijk, dan blijkt er met vier van de vijf feitelijke-inbreng-aspekten en met een meer op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze van de huisarts statistisch significant samenhang te bestaan: er vindt minder vaak lichamelijk onderzoek plaats indien patiënten een expliciete hulpvraag stellen tijdens de introductiefase van het konsult, als ze tijdens het konsult expliciete wensen uiten en als ze opvattingen uiten over de gevolgen van de aandoening of over het te voeren beleid.

Ook bij een meer op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze van de huisartsen vindt er minder vaak lichamelijk onderzoek plaats. Indien patiënten vragen stellen over oorzaak of diagnose van de aandoening, vindt daarentegen vaker lichamelijk onderzoek plaats.

Bij de bestudering van de betekenis der overige factoren gezamenlijk voor dit beleidsaspect blijken naast de bovengenoemde achtergrondgegevens het uiten van een expliciete hulpvraag tijdens de introductiefase en het uiten van expliciete wensen door de patiënt de kans te verkleinen dat er lichamelijk onderzoek wordt verricht. Terwijl die kans groter is indien patiënten vragen stellen over oorzaak of diagnose van de aandoening.

Op grond van gekonstateerde samenhang met expliciete wensen levert het uiten van opvattingen over gevolgen en beleid een geringere eigen bijdrage aan de verklaarde variantie. Doordat een meer op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze van de huisartsen nogal sterk blijkt samen te hangen met nerveus-funktionele klachten, levert deze geen eigen bijdrage van betekenis meer aan de verklaarde variantie.

De geselecteerde variabelen tezamen verklaren 22% van de variantie van dit aspect van de beleidsbeslissingen van de huisartsen.

Samengevat: kontakten waarin lichamelijk onderzoek verricht wordt, onderscheiden zich doordat in die kontakten patiënten vaker vragen stellen over oorzaak en diagnose van de aandoening. De kans is kleiner dat er lichamelijk onderzoek verricht wordt in kontakten die betrekking hebben op nerveus-funktionele klachten, waarbij er expliciete hulpvragen gesteld worden in de introductiefase en waarin vaker expliciete wensen geuit worden.

Tabel IV-29 Resultaat van de diskriminantanalyse betreffende
"het schrijven van een recept".

	P/F	diskriminant koëfficiënt	P/change
Opleiding	.60		
Frekwentie huisartsbezoek	.23	-.22	.16
Duur relatie met huisarts	.00	.49	.00
Duur van de klacht	.05	-.29	.12
Ernst van de aandoening	.06	-.33	.21
Kontakt betreft nerveus-funktionele klachten	.03	.08	.05
Expliciëte hulpvraag in introductiefase	.07		
Expliciëte wensen	.30		
Vragen over oorzaak en diagnose	.76		
Informatie over beleving van de klacht	.05		
Opvattingen over gevolgen en beleid	.10		
Werkwijze huisartsen meer op inbreng gericht	.00	.55	.01
Kanonische korrelatiekoëfficiënt		.42	

Bij dit beleidsaspect blijkt met vier achtergrondgegevens afzonderlijk statistisch significant samenhang te bestaan: patiënten die langer dan 5 jaar zijn ingeschreven krijgen vaker recepten evenals patiënten die naar het spreekuur komen met klachten die korter dan een maand duren; datzelfde geldt voor ernstige aandoeningen. Indien de kontakten betrekking hebben op nerveus-funktionele klachten worden er minder vaak recepten uitgeschreven.

Bij bestudering van de betekenis der achtergrondgegevens gezamenlijk blijkt een relatief korte duur van de relatie met de huisarts de kans te vergroten op het schrijven van een recept, terwijl de nerveus-funktionele aard van de aandoening die kans verkleint. De ernst van de aandoening blijkt sterk samen te hangen met de aard van de aandoening en levert daardoor geen eigen bijdrage van betekenis aan de verklaarde variantie. In de kontekst van de geselecteerde variabelen blijkt ook de duur van de klacht geen eigen bijdrage van betekenis meer te leveren.

Bekijken we de overige factoren afzonderlijk, dan blijken drie aspecten van de feitelijke inbreng van de patiënten en de werkwijze der huisartsen statistisch significant samenhang te vertonen met het schrijven van een recept: er worden minder vaak recepten geschreven in kontakten waarbij een expliciete hulpvraag in de introductiefase voorkomt, evenals wanneer informatie over beleving en betekenis van de klacht gegeven wordt, terwijl dit ook geldt bij een meer op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze van de huisartsen.

Bij de analyse van de betekenis der overige factoren gezamenlijk naast de achtergrondgegevens blijkt alleen de werkwijze van de huisarts een bijdrage van betekenis te leveren aan de verklaarde variantie van dit beleidsaspect. Op grond van gekonstateerde samenhang met een aantal geselecteerde achtergrondvariabelen (vooral aard van de aandoening en duur van de klacht) blijken de feitelijke-inbreng-aspekten geen eigen bijdrage meer te leveren.

De geselecteerde variabelen tesamen kunnen 18% van de variantie verklaren van dit aspect van de beleidsbeslissingen.

Samengevat: kenmerkend voor kontakten waarbij een recept wordt geschreven is, dat het vaker voorkomt bij langer dan 5 jaar bij de huisarts ingeschreven patiënten, minder vaak bij nerveus-funktionele klachten en ook minder vaak bij een meer op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze van de huisartsen.

Tabel IV-30 Resultaat van de diskriminantanalyse betreffende "geruststelling".

	P/F	diskriminant koëfficiënt	P/change
Opleiding	.80		
Frekwentie huisartsbezoek	.21	-.23	.27
Duur relatie met huisarts	.46		
Duur van de klacht	.17	-.05	.17
Ernst van de aandoening	.17	-.27	.15
Kontakt betreft nerveus-funktionele klachten	.61		
Expliciete hulpvraag in introductiefase	.22	.38	.11
Expliciete wensen	.77	-.34	.07
Vragen over oorzaak en diagnose	.00	.64	.00
Informatie over beleving van de klacht	.00	.74	.00
Opvattingen over gevolgen en beleid	.87		
Werkwijze huisartsen meer op inbreng gericht	.20		
Kanonische korrelatiekoëfficiënt			.46

Bij de analyses met alle onafhankelijke variabelen zowel afzonderlijk als gezamenlijk blijkt dit aspekt van de beleidsbeslissingen voornamelijk samen te hangen met twee feitelijke-inbreng-aspekten: er blijkt vaker geruststelling van patiënten door huisartsen plaats te vinden als patiënten vragen hebben over oorzaak of diagnose van de aandoening en als zij informatie verstrekken over beleving en betekenis van de klacht.

Noch achtergrondgegevens noch een meer op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze van de huisarts spelen een rol van betekenis.

Tesamen kunnen de geselecteerde variabelen 21% van de variantie verklaren van dit aspekt van de beleidsbeslissingen van de huisartsen.

Tabel IV-31 Resultaat van de diskriminantanalyse betreffende
"het voeren van een gesprek over persoonlijke problemen".

	P/F	diskriminant koëfficiënt	P/change
Opleiding	.39		
Frekwentie huisartsbezoek	.76		
Duur relatie met huisarts	.01	.38	.01
Duur van de klacht	.20		
Ernst van de aandoening	.05	.33	.08
Kontakt betreft nerveus-funktionele klachten	.00	1.00	.00
Expliciete hulpvraag in introductiefase	.52	-.41	.01
Expliciete wensen	.43		
Vragen over oorzaak en diagnose	.61		
Informatie over beleving van de klacht	.01		
Opvattingen over gevolgen en beleid	.24		
Werkwijze huisartsen meer op inbreng gericht	.00	.24	.11
Kanonische korrelatiekoëfficiënt			.54

Met dit beleidsaspect blijken drie achtergrondgegevens afzonderlijk statistisch significant samenhang te vertonen: bij een korter dan 5 jaar durende relatie met de huisarts wordt er vaker een gesprek gevoerd evenals wanneer het kontakt nerveus-funktionele klachten of klachten met een lichte ernstgraad betreft.

Bij bestudering van de betekenis der achtergrondgegevens gezamenlijk blijkt vooral de aard van de klachten een bijdrage te leveren, maar ook de duur van de relatie met de huisarts en de ernstgraad van de klacht dragen bij aan de verklaarde variantie.

Bekijken we de samenhang van dit beleidsaspect met de overige factoren afzonderlijk, dan blijkt dat er vaker een gesprek over persoonlijke problemen plaatsvindt in kontakten waarin door patiënten informatie verstrekt wordt over beleving en betekenis van de klacht en in kontakten met een meer op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze van de huisartsen.

Bij bestudering van de betekenis der overige factoren gezamenlijk naast de bovengenoemde achtergrondgegevens blijkt dat bij het uiten van een expliciete hulpvraag door de patiënt in de introductiefase de kans kleiner wordt dat er een gesprek over persoonlijke problemen gevoerd wordt. Het verschaffen van informatie over beleving en betekenis van de klacht en de werkwijze van de huisartsen blijken geen eigen bijdrage van betekenis meer te leveren op grond van gekonstateerde samenhang vooral met de nerveus-funktionele aard van de aandoening.

Met de geselecteerde variabelen is 29% van de variantie te verklaren.

Samengevat komt het erop neer dat het kenmerkend is voor kontakten, waarin een gesprek over "persoonlijke problemen" gevoerd wordt, dat het daarbij gaat om patiënten die korter dan 5 jaar bij de huisarts zijn ingeschreven en dat deze kontakten betrekking hebben op nerveus-funktonele klachten en minder ernstige aandoeningen. Daarnaast is de kans op een dergelijk gesprek kleiner indien er in de introductiefase een expliciete hulpvraag gesteld wordt.

6 Een korte cursus

96

Aan de bij het onderzoek betrokken huisartsen is een korte cursus aangeboden, tijdens welke de nadruk lag op de werkwijze van huisartsen in relatie tot de inbreng van patiënten. (zie hoofdstuk III).

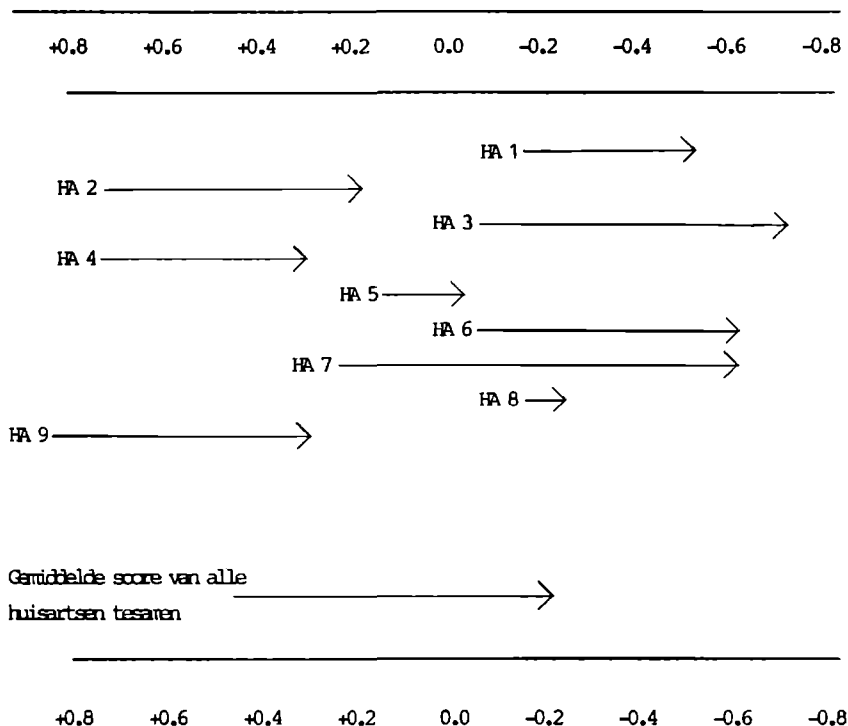
Het onderzoeksmateriaal is deels vóór en deels ná deze korte cursus verzameld. Daardoor is het mogelijk bevindingen van vóór de cursus te vergelijken met die van erna.

6.1 De werkwijze van de huisartsen ná de korte cursus

De verschillen in werkwijze vóór en ná de cursus blijken niet groot te zijn bij beschouwing van de afzonderlijke aspecten; de veranderingen zijn echter wel over de hele breedte in de verwachte richting (bijlage IV-8). Kijkt men naar de totaalscore in de eerste kolom, waarin de vier werkwijze-aspecten verdiskonteerd zijn, dan blijkt na de korte cursus het percentage spreekuurkontakten met een meer op inbreng gerichte werkwijze van de huisartsen groter te zijn.

Met betrekking tot deze meer op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze van de huisartsen is nagegaan in hoeverre de veranderingen bij de afzonderlijke huisartsen optreden: daartoe werden de gegevens per huisarts gesommeerd.

Tabel IV-32 Faktorscore met betrekking tot de werkwijze per huisarts, vóór en ná de cursus (N = 2 × 9 spreekuurkontakten).



Hoewel het begin- en eindnivo van de huisartsen zeer verschillend is, blijkt uit deze tabel dat alle huisartsen na de cursus meer op inbreng van de patiënt georiënteerd zijn in hun werkwijze, althans voorzover dat kon worden waargenomen in de spreekuurkontakten vóór en ná de cursus. Voor één huisarts blijkt de verandering minimaal te zijn. De gemiddelde score van alle huisartsen tesamen wijst in diezelfde richting.

6.2 De feitelijke inbreng van de patiënten ná de korte cursus

Daar het onderzoeksmateriaal, zoals gezegd, deels vóór en deels ná de cursus is verzameld, was het ook mogelijk de uitkomsten van de feitelijke inbreng van patiënten voor en na de cursus met elkaar te vergelijken. Het gaat weliswaar om kleine aantallen en er is nergens sprake van statistische significantie. Toch is er met betrekking tot de onderscheiden aspecten van de feitelijke inbreng (op één uitzondering na) een tendens zichtbaar: na de cursus is het percentage kontakten met feitelijke inbreng hoger en is de wijze van inbrengen vaker overwegend spontaan (bijlage IV-9).

6.3 Beleidsbeslissingen ná de korte cursus

In de beleidsbeslissingen van de huisartsen ná de cursus zijn geringe veranderingen waar te nemen. Er wordt significant vaker gerustgesteld en uitleg gegeven over wat er verder moet gebeuren (begeleiding) en over de ernst van de aandoening.

Er worden minder vaak recepten uitgeschreven en de patiënten worden vaker terugbesteld en er wordt vaker een gesprek gevoerd en/of een leefregel voorgesteld; deze verschillen zijn echter statistisch niet significant (bijlage IV-10).

Konklusies en beschouwingen

1 Beantwoording der vraagstellingen

99

Doel van dit onderzoek was in eerste instantie het verwerven van meer inzicht in de inbreng van patiënten bij het spreekuurkontakt.

Bij het bestuderen van de literatuur kwam naar voren dat er onderscheid gemaakt kan worden in mogelijke en feitelijke inbreng. Op basis daarvan zijn door ons een aantal onderzoeksvragen geformuleerd. We zullen thans bezien in hoeverre de resultaten van dit onderzoek daarop antwoord kunnen geven.

1.1 De eerste vraagstelling luidde: **Wat is de aard en omvang van de mogelijke inbreng van patiënten?**

Konklusies

Het grote aantal gegevens hieromtrent, verzameld met behulp van vragenlijsten, liet zich ordenen in drie aspecten: redenen van hulpvragen, wensen en verwachtingen en een eigen mening over een diagnose.

- De meeste patiënten hadden verschillende *redenen* aangegeven om naar hun huisarts te komen.

Daarbij werden pijn en/of hinder en twijfel over het verloop van de klacht het meest frekwent aangegeven. Ongerustheid en een onduidelijke reden bleek voor te komen bij een op de drie kontakten, hetgeen ook het geval bleek te zijn met het door-anderen-gestuurd-zijn.

Naast deze laatste reden van de gang naar de dokter bleek dat de overige te rangschikken waren in twee groeperingen, die benoemd konden worden als respectievelijk "doelgerichte" redenen (zoals: "ik weet wat er aan de hand is en ik heb nu hulp nodig") en de groep van "gevoelsmatig gekleurde" redenen zoals last, twijfel, ongerustheid, die beide bij ruim de helft der kontakten bleken voor te komen.

- Er was een heel scala van *wensen* en *verwachtingen* waarmee deze patiënten naar het spreekuur kwamen.

Daarbij bleek de behoefte aan behandeling ongeveer even groot te zijn als de behoefte aan informatie. Terwijl bij een op de drie kontakten patiënten bleken te verwachten dat er lichamelijk onderzoek zou plaatsvinden, werd bij een op de vijf kontakten aangegeven dat zij doorverwezen wilden worden en eveneens bij een op de vijf dat zij met de huisarts wilden praten over persoonlijke problemen.

- Ruim driekwart van de patiënten bleek een *eigen mening* te hebben over een mogelijke diagnose bij hun klacht.

De mogelijke-inbreng-aspekten, zoals door ons onderscheiden, waren niet onder één noemer te brengen. Dat wil zeggen dat er geen sprake was van een algemene dimensie van veel of weinig mogelijke inbreng. Er bleek wel samenhang te bestaan tussen redenen van hulpvragen en een aantal wensen en verwachtingen: de groep doelgerichte redenen hing het meest samen met de wens van de patiënt om behandeld te worden, gevoelsmatig gekleurde redenen en het door-anderen-gestuurd-zijn vooral met de verwachting informatie te krijgen van de huisarts.

Het hebben van een eigen mening over een diagnose bleek geen samenhang te vertonen met de redenen van hulpvragen noch met wensen en verwachtingen van patiënten.

1.2 De tweede vraagstelling luidde: In hoeverre hangt mogelijke inbreng van patiënten samen met achtergrondgegevens?

Konklusies

Het bleek dat persoonskenmerken en contactkarakteristieken in wisselende mate een rol speelden bij de onderscheiden aspecten van de mogelijke inbreng. De meeste betekenis hadden de hieronder aangegeven factoren.

De *aard* en de *ernst* van de *aandoening* waarop het contact betrekking had. Indien het contact nerveus-funktionele klachten betrof, werd er vaker een doelgerichte reden aangegeven en werd vaker een persoonlijk gesprek en informatie gewenst

Bij aandoeningen van de bovenste luchtwegen werd er eveneens vaker een doelgerichte reden aangegeven en vaker de wens om behandeld te worden. Bij aandoeningen van het bewegingsapparaat was er vaker een gevoelsmatig gekleurde reden en werd vaker de wens aangegeven om behandeld te worden of om informatie te krijgen.

Indien er sprake was van een matig-ernstige tot ernstige aandoening was er vaker een doelgerichte reden en werd vaker een wens aangegeven om behandeld te worden.

Het *opleidingsniveau*: daarbij bleek o.m. dat naarmate het opleidingsniveau lager was vaker een doelgerichte reden werd opgegeven, dat men vaker zei door anderen gestuurd te zijn en tevens vaker de wens aangaf om behandeld te worden.

De *konsultatiefrekwentie*: hoe hoger de frekwentie hoe vaker o.m. een doelgerichte reden werd aangegeven en hoe vaker de wens om te praten over persoonlijke problemen.

Indien *met anderen over de klacht was gesproken* werd vaker een gevoelsmatig gekleurde reden opgegeven, zei men vaker door anderen gestuurd te zijn en ook vaker de wens te hebben informatie van de huisarts te verkrijgen.

Patiënten die al *ervaring met dezelfde klacht* hadden, gaven vaker een doelgerichte reden aan, wensten vaker te praten over persoonlijke problemen, behandeld te worden en informatie te krijgen van de huisarts. Persoonskenmerken van de patiënten zoals leeftijd en geslacht bleken van weinig of geen betekenis te zijn bij de mogelijke inbreng.

Beschouwing

Na de beantwoording van de eerste twee vraagstellingen kan worden opgemerkt dat het begrip mogelijke inbreng van patiënten en de indeling ervan in drie aspecten bruikbaar bleek te zijn.

Bij alle kontakten vermeldde de patiënten één of méér *redenen* om naar de huisarts te gaan, zij het dat in eenderde der gevallen de reden door hen als onduidelijk werd aangegeven. De groepen redenen van hulpvragen zoals wij die hebben onderscheiden, bleken in onderzoeksbeschrijvingen weinig voor te komen, zodat vergelijking daarmee niet goed mogelijk is.

Een opmerkelijke bevinding is dat bij meer dan eenderde van de kontakten patiënten -relatief vaak lager opgeleiden- als reden van hun komst op het spreekuur aangaven dat anderen dat nodig vonden.

Hierbij kan worden aangetekend dat uit verdere analyses bleek dat deze patiënten ook relatief vaak met anderen over hun klacht gesproken hadden voordat zij naar de dokter gingen. Deze "anderen" waren vermoedelijk meestal personen uit het primaire leef- en werkmilieu. Deze bevinding wijst op een grote invloed van de directe omgeving op het al of niet naar de dokter gaan. Dit onderstreept het belang van een gezinsgeneeskundige benadering door de huisarts.⁷¹

Eveneens bij alle kontakten werden er door de patiënten één of méér *wensen* aangegeven ten aanzien van het komende konsult. Een aantal van deze wensen en verwachtingen is vergelijkbaar met die, welke in de literatuur worden aangegeven. Het percentage kontakten met de vooraf aangegeven wens om behandeld te worden (62%) bleek wat hoger uit te komen dan door andere auteurs is aangegeven.^{13, 15}

Het percentage kontakten (55%) waarbij behoefte aan informatie werd aangegeven (o.a. over mogelijke zelfhulp) komt iets lager uit dan in de literatuur.¹⁵ Samenhang met het opleidingsniveau, zoals aangetroffen in de literatuur, ontbrak in deze onderzoekspopulatie.³² De verwachting dat er lichamelijk onderzoek zou plaatsvinden kwam even vaak voor (31%) als elders werd gevonden.¹³

Ook in de literatuur werd vermeld dat hoogfrequent spreekuurbezoekers vaker naar het spreekuur kwamen met de wens om een gesprek over persoonlijke problemen.¹⁰

Bij een meerderheid van de kontakten (ongeveer 80%) kwamen de patiënten met een *eigen mening* omtrent een diagnose naar het spreekuur. Het percentage daarvan bleek enigszins groter te zijn dan in de literatuur wordt opgegeven.^{15, 60}

Sommige redenen van hulpvragen vertoonden sterke samenhang met bepaalde wensen ten aanzien van het konsult; een eigen mening omtrent een diagnose bleek min of meer op zichzelf te staan, los van redenen van hulpvragen en los van wensen en verwachtingen.

In tegenstelling tot datgene wat daarover in de literatuur werd aangetroffen, bleek er in ons onderzoek weinig of geen samenhang te bestaan tussen mogelijk-inbreng-aspekten en leeftijd en geslacht.^{10, 14, 32, 64}

Samenvatting

Het lijkt erop dat in dit onderzoek bij alle kontakten elke patiënt met een specifieke combinatie van redenen, wensen en een eigen mening naar het spreekuur kwam. Dit pakket van mogelijke-inbreng-aspekten bleek samenhang te vertonen met een aantal achtergrondgegevens, met name met de aard van de aandoening waarop het contact betrekking had.

Deze samenhang met de achtergrondgegevens bleek moeilijk vergelijkbaar te zijn met datgene wat daarover in de literatuur te vinden was.

1.3 De derde vraagstelling luidde: Wat is de aard en omvang van de feitelijke inbreng van patiënten tijdens het spreekuurcontact?

Konklusies

Door de beoordeling van audiobanden is er enig inzicht verkregen in de feitelijke inbreng van patiënten. Hieraan konden een aantal aspecten worden onderscheiden.

Het *uiten* van *expliciete hulpvragen* en *wensen*: patiënten bleken in minder dan een kwart der gevallen in het begin van het konsult een expliciete hulpvraag te formuleren en in ruim de helft der gevallen in de loop van het konsult een expliciete wens te uiten. Deze wensen hadden betrekking op verder onderzoek, medikatie of behandeling.

Vragen stellen door patiënten kwam in een minderheid der kontakten voor en bleek voor een relatief groot deel betrekking te hebben op het te voeren beleid, iets minder op de oorzaak of diagnose van de aandoening en het minst op de gevolgen. Vragen over oorzaak en diagnose bleken bij faktoranalyse gezamenlijk een dimensie te vormen die in bijna eenderde der kontakten was waar te nemen.

Informatie verstrekt door patiënten over de premedische fase werd waargenomen in de meerderheid van de kontakten; over de beleving en betekenis van de klacht in minder dan de helft en over zelfmedikatie in bijna eenderde der kontakten.

Door patiënten *geuite opvattingen* over de oorzaak van de klacht, de diagnose of het te voeren beleid bleken in ruim de helft van de kontakten voor te komen. Dat was ongeveer tweemaal zo vaak als eigen opvattingen over de gevolgen van de aandoening. Bij nadere analyse bleken het uiten van opvattingen over de gevolgen en over het beleid samen een duidelijk herkenbare afzonderlijke faktor te vormen, die in bijna tweederde der kontakten was waar te nemen.

Het *aandeel* van de patiënt in het *denk- en beslisproces*. Globaal gezien bleken bij tweederde der kontakten patiënten een belangrijke bijdrage te leveren aan het verloop van het kontakt: zij waren veel aan het woord en/of namen regelmatig het initiatief met nieuwe informatie. Als het ging om cruciale momenten tijdens het spreekuurkontakt bleek het aandeel van de patiënten echter aanzienlijk geringer te zijn: slechts in eenderde der gevallen was er sprake van overleg over de probleemdefinitie of over het uiteindelijke beleidsplan.

Ook over de *wijze van inbrengen* (spontaan of op aandringen van de huisarts) hebben we een indruk kunnen krijgen: in bijna de helft van de kontakten bleken patiënten hun wensen en informatie overwegend spontaan te uiten.

Beschouwing

Het uiteenrafelen van het spreekuurkontakt in een patiënt- en huisartsdeel is een versimpeling van de huisarts-patiënt-interaktie. Dit was echter noodzakelijk voor een eerste verkenning van de inbreng van patiënten bij het complexe gebeuren in de spreekkamer.

De verschillende aspecten van de feitelijke inbreng van patiënten waren niet onder één noemer te brengen.

Het uiten van expliciete wensen bleek in dit onderzoek wat vaker voor te komen dan in de literatuur werd aangegeven.⁶⁴

Met betrekking tot het stellen van vragen valt in dit onderzoek hetzelfde te constateren als in de literatuur: door patiënten worden betrekkelijk weinig vragen gesteld.^{4, 14, 55}

Het verstrekken van informatie over de premedische fase en het laten horen van eigen opvattingen door de patiënt bleek bij deze populatie in veel hogere percentages voor te komen dan in de schaarse literatuur daarover wordt aangegeven.^{4, 64, 76} De verklaring van de verschillen met de resultaten van andere onderzoeken moet misschien worden gezocht in het feit dat ons onderzoek zich beperkte tot patiënten met nieuwe klachten.

Het aandeel van de patiënt in het denk-en beslisproces bleek zich niet eenvoudig te laten afleiden uit de beoordeling van verbale uitingen van patiënten. Deze laatste zijn bovendien moeilijk los te zien van de gedragingen van huisartsen. Daarbij kwam dat het aandeel van patiënten in het proces moeilijk objectiveerbaar bleek te zijn, gezien de matige betrouwbaarheidscoëfficiënten in dit opzicht. Toch bleek het mogelijk te zijn de kontakten te ordenen naar meer of minder aandeel van de patiënt in het denk-en beslisproces.

Samenvatting

De feitelijke inbreng van patiënten op het spreekuur van de huisarts liet zich beschrijven aan de hand van aspecten als: verstrekken van informatie, uiten van eigen opvattingen, formuleren van vragen en wensen, meedenken. Deze verschillende aspecten konden niet tot één gemeenschappelijke dimensie worden teruggebracht. Informatie door de patiënt kwam het meest voor, expliciet hulpvragen en vragenstellen het minst.

- 1.4 De vierde vraagstelling luidde: in hoeverre is er samenhang tussen de feitelijke inbreng enerzijds en achtergrondgegevens, mogelijke inbreng en een meer op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze van huisartsen anderzijds?**

Konklusies

Doordat de verschillende aspecten van de feitelijke inbreng van patiënten niet onder een noemer zijn te brengen, kan deze vierde vraagstelling niet in zijn algemeenheid beantwoord worden. Dit dient per inbreng-aspekt te geschieden.

Bij twee feitelijke-inbreng-aspekten bleek er behalve met achtergrondgegevens samenhang te bestaan zowel met mogelijke-inbreng-aspekten als met de werkwijze van huisartsen. Het ging om de volgende aspecten:

- *Expliciete wensen*; deze bleken vaker geuit te worden in kontakten betreffende patiënten met langerdurende klachten, die vóór het konsult de wens hadden aangegeven om informatie van de huisarts te krijgen of om over persoonlijke problemen te praten. Ook in kontakten waarin de huisartsen een meer op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze hanteerden, werder vaker expliciete wensen waargenomen.
- *Informatie over beleving en betekenis van de klacht*; deze bleek vaker verstrekt te worden in kontakten, die vrouwelijke of oudere patiënten betroffen met langerdurende of nerveus-funktionele klachten, die vóór het konsult hadden aangegeven verwezen te willen worden. Ook in kontakten met een meer op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze van de huisartsen kwam dit vaker voor. Deze informatie over beleving en betekenis van de klacht werd daarentegen minder vaak waargenomen in kontakten, waarbij vóór het konsult de wens was aangegeven om informatie te verkrijgen van de huisarts.

Twee andere feitelijke-inbreng-aspekten bleken behalve met achtergrondgegevens wél samenhang te vertonen met enkele aspecten van de mogelijke inbreng maar niet met de werkwijze van de huisartsen.

Dit waren:

- *Vragen over het te voeren beleid*; deze bleken vaker voor te komen in kontakten betreffende 30 - 49-jarige patiënten, kort bij hun huisarts ingeschreven patiënten en patiënten die voor het eerst met deze klacht gekonfronteerd waren; daarnaast was de kans op beleidsvragen kleiner in kontakten waarbij patiënten vóór het konsult de wens om informatie hadden aangegeven.

- Het *verstrekken van informatie over zelfmedikatie*; dit bleek vaker voor te komen in kontakten die betrekking hadden op patiënten met langerdurende klachten, die één of méér van de gevoelsmatig gekleurde redenen hadden opgegeven. Deze informatie over zelfmedikatie werd daarentegen minder vaak waargenomen in kontakten waarbij de patiënten vóór het konsult de wens hadden aangegeven om informatie van de huisarts te krijgen.

Eén aspekt van de feitelijke inbreng bleek behalve met achtergrondgegevens alleen met de werkwijze der huisartsen samen te hangen en niet met de mogelijke inbreng van patiënten. Het ging om het *uiten van opvattingen over gevolgen of beleid*, dat vaker bleek voor te komen in kontakten betreffende patiënten met nerveus-funktionele en langerdurende klachten en in kontakten waarbij de huisartsen meer op inbreng van de patiënt gericht werkten.

Tenslotte waren er drie aspekten van de feitelijke inbreng die alleen samenhangen met achtergrondgegevens en niet met mogelijk-inbreng-aspekten nóch met de werkwijze der huisartsen.

Deze aspekten betroffen:

- Het *vragen stellen over oorzaak of diagnose*, hetgeen vaker waargenomen werd in kontakten die betrekking hadden op vrouwelijke patiënten en op patiënten met nerveus-funktionele en langerdurende klachten.
- Het *uiten van opvattingen over de oorzaak* van de klacht, hetgeen eveneens vaker bleek voor te komen in kontakten betreffende nerveus-funktionele en langerdurende klachten.
- Het *aandeel van patiënten in het denk- en beslisproces*. Dit bleek belangrijker te zijn in kontakten betreffende patiënten met nerveus-funktionele klachten en patiënten die slechts kort bij hun huisarts waren ingeschreven.

Met betrekking tot de *wijze van inbrengen* is gebleken dat deze vaker overwegend spontaan was in kontakten die oudere en kort bij de huisarts ingeschreven patiënten betroffen en minder vaak spontaan bij een meer op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze van de huisarts.

Beschouwing

Het is opvallend dat een aantal feitelijke-inbreng-aspekten niet bleek samen te hangen met de mogelijke inbreng.

Zo is het opmerkelijk dat het uiten van expliciete wensen niet of nauwelijks samenhang met de wensen die patiënten vóór het konsult hadden aangegeven. Wanneer een eigen mening omtrent de diagnose werd geuit (hetgeen in de helft van de kontakten het geval was), bleek dit onafhankelijk te zijn van het aangeven hiervan vóór het contact met de huisarts.

Dat er zo weinig samenhang bleek te zijn tussen mogelijke en feitelijke inbreng kan een gevolg zijn van het feit dat de operationalisatie niet optimaal is geweest. Daardoor kan een te groot onderscheid zijn ontstaan tussen de meetprocedure van de mogelijke inbreng (met vragenlijsten) en van de feitelijke inbreng (met audiobanden). Het is echter zeer goed mogelijk dat er zo weinig samenhang kon worden vastgesteld omdat er in de spreekkamersituatie inderdaad veel van de mogelijke inbreng van patiënten niet aan de orde komt, omdat huisarts en patiënt verschillende talen spreken.

Ondanks een mogelijke kontaminatie tussen de feitelijke inbreng van patiënten en de werkwijze van huisartsen bleek tussen deze beide slechts in een klein aantal kontakten samenhang van betekenis waar te nemen. Hierbij moet echter worden opgemerkt dat deze samenhang dan wel belangrijke punten gold. Zo bleken er vaker expliciete wensen door patiënten geuit te worden bij een meer op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze van de huisarts en werd door hen dan ook vaker iets verteld over de beleving en betekenis van de klacht en over eigen ideeën met betrekking tot de gevolgen van de klacht of het te voeren beleid.

De samenhang tussen het vragenstellen van patiënten en de werkwijze van huisartsen zoals in de literatuur wordt aangegeven, ontbreekt in ons onderzoek.⁶⁴

Samenvatting

Of er feitelijke inbreng was, bleek vooral samen te hangen met de aard en de duur van de klacht en in veel geringere mate of niet met andere achtergrondgegevens zoals leeftijd en geslacht van de patiënt of de frekwentie van het spreekuurbezoek.

Een belangrijk deel van de feitelijke-inbreng-aspekten bleek geen samenhang te vertonen met datgene wat patiënten vóór het konsult hadden aangegeven als mogelijke inbreng. Waar dit wél het geval was, betrof het vooral de vóór het konsult aangegeven wens om informatie.

Slechts een minderheid van de feitelijke-inbreng-aspekten bleek samen te hangen met de werkwijze van de huisartsen. Dit werd waargenomen bij drie belangrijke feitelijke-inbreng-aspekten, nl. het uiten van expliciete wensen, het verstrekken van informatie over beleving van de klacht en het uiten van opvattingen over de gevolgen van de aandoening of het te voeren beleid.

1.5 De vijfde vraagstelling luidde: in hoeverre is er samenhang tussen de uitkomst van het spreekuurkontakt enerzijds en achtergrondgegevens, feitelijke inbreng van patiënten en een meer op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze van huisartsen anderzijds?

Met betrekking tot de uitkomst hebben we ons in dit onderzoek beperkt tot de beleidsbeslissingen van de huisartsen. Daarvan bleken er vier toegankelijk voor analyses:

- verrichten van lichamelijk onderzoek (dat in bijna driekwart van de kontakten plaatsvond);
- uitschrijven van een recept (dit vond in ruim de helft van de kontakten plaats);
- geruststelling (dit gebeurde in iets minder dan een vijfde der kontakten);
- een gesprek over persoonlijke problemen (dit werd in ongeveer een van de tien kontakten gevoerd).

Konklusies

Twee van de beleidsbeslissingen vertoonden naast samenhang met een of meer factoren van de achtergrondgegevens ook samenhang met feitelijke inbreng van patiënten en niet met de werkwijze der huisartsen.

- het *verrichten van lichamelijk onderzoek* bleek vaker voor te komen in kontakten waarin nerveus-funktionele klachten aan de orde kwamen en waarin patiënten in de beginfase van het konsult een expliciete hulpvraag hadden geuit. Lichamelijk onderzoek kwam minder vaak voor in kontakten waarin patiënten een expliciete wens uitten (met betrekking tot o.a. medikatie, behandeling, verder onderzoek).
- een *gesprek over persoonlijke problemen* bleek vaker gevoerd te worden in kontakten betreffende patiënten met nerveus-funktionele en minder ernstige klachten en bij patiënten die relatief kort bij hun huisarts waren ingeschreven. Een dergelijk gesprek kwam minder vaak voor in kontakten waarbij patiënten in de beginfase van het konsult een expliciete hulpvraag hadden geuit.

Een van de andere beleidsbeslissingen, *geruststelling*, bleek samen te hangen met twee feitelijke-inbreng-aspekten en niet met achtergrondgegevens noch met de werkwijze der huisartsen.

Geruststellen gebeurde vaker bij kontakten waarin de patiënten vragen stelden over oorzaak en diagnose en ook wanneer zij informatie verstrekten over de beleving en betekenis van de klacht.

Het *uitschrijven van een recept* bleek niet samen te hangen met de feitelijke inbreng van patiënten tijdens het contact. Wel gebeurde dit vaker bij kontakten met patiënten die langere tijd bij hun huisarts waren ingeschreven; daarentegen minder vaak bij kontakten waarin nerveus-funktionele klachten aan de orde kwamen en waarin de huisartsen meer op inbreng van de patiënt gericht waren.

Beschouwing

Bij dit onderzoek is er dus slechts in beperkte mate inzicht verkregen in de samenhang van de beleidsbeslissingen der huisartsen met patiëntkenmerken en kontakt-karakteristieken, met de feitelijke inbreng van patiënten en met de werkwijze van de huisarts.

Opvallend is dat de beleidsbeslissingen vooral samenhang bleken te vertonen met de aard van de aandoening, met name of dit contact een nerveus-funktionele klacht betrof. De duur van het ingeschreven zijn bij de huisarts speelde minder vaak een rol. De overige achtergrondgegevens (zoals leeftijd, geslacht en konsultatiefrekwentie) bleken weinig of geen samenhang te vertonen met de beleidsbeslissingen.

Daarnaast bleken drie van deze beleidsbeslissingen samenhang te vertonen met een klein aantal feitelijke-inbreng-aspekten, vooral met twee hiervan nl. het uiten van een expliciete hulpvraag in het begin van het konsult en het stellen van vragen over oorzaak en diagnose. De werkwijze van huisartsen bleek slechts bij het uitschrijven van een recept een rol van betekenis te spelen; bij de overige drie beleidsbeslissingen bleek dat veel minder of niet het geval te zijn. Hier kan sprake zijn geweest van de invloed van de routine in de werkstijl van huisartsen, zoals beschreven door Mokkink e.a. en Tielens e.a.^{52, 77} Met nadruk moet echter worden opgemerkt dat in ons onderzoek aan de uitkomsten ten aanzien van beleidsbeslissingen van huisartsen géén kwaliteitsoordeel kan worden toegekend.

De "uitkomst" wat betreft tevredenheid van de patiënt en gezondheidswinst is geen objekt van dit onderzoek geweest. Meer inbreng van patiënten behoeft niet persé te leiden tot betere beslissingen. Om dergelijke relaties al of niet te kunnen aantonen is ander onderzoek nodig.

Samenvatting

De uitkomst van de spreekuurkontakten (gemeten als wel of niet lichamelijk onderzoek, recept, geruststelling en persoonlijk gesprek) bleek slechts in geringe mate verband te tonen met de feitelijke inbreng van de patiënten, maar meer afhankelijk te zijn van de aard van het probleem en -in mindere mate- van de werkwijze van de huisartsen in die kontakten.

- 1.6 De zesde vraagstelling luidde: in hoeverre is een korte cursus van invloed op de werkwijze van huisartsen, op de feitelijke inbreng van patiënten en op de uitkomst van het spreekuurkontakt?**

Konklusie

Na de cursus bleken de deelnemende huisartsen vaker een meer op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze te hanteren, zij het niet allen in even sterke mate.

In direkte relatie hiermee bleek er na de cursus een tendens waarneembaar te zijn tot toename van het percentage kontakten met feitelijke inbreng van patiënten. Er bleken echter slechts minimale veranderingen te zijn opgetreden in de aard van de beleidsbeslissingen der huisartsen.

Beschouwing

Bij de interpretatie van deze uitkomsten is voorzichtigheid op zijn plaats.

De bandopnames zijn weliswaar vóór en ná deze cursus gemaakt, maar een werkelijke effectmeting was niet te realiseren, omdat afdoende controle op storende factoren bij onze onderzoeksopzet niet mogelijk was en omdat er geen controlegroep aanwezig was. Voorzichtigheid is ook geboden omdat dit deel van het onderzoek kleine aantallen betreft: slechts 160 spreekuurkontakten bij negen huisartsen. Bovendien maakte de onderzoeksopzet het de deelnemende huisartsen in principe mogelijk een positieve selectie van de beoordeelde kontakten te bewerkstelligen.

Samenvatting

Er zijn duidelijk aanwijzingen gevonden dat huisartsen, die zich door middel van een korte cursus expliciet bezighouden met het thema "inbreng van patiënten" in staat waren veranderingen aan te brengen in hun werkwijze. Uiteraard gold dit voor de ene huisarts sterker dan voor de andere. In hoeverre dergelijke veranderingen blijvend worden opgenomen in de dagelijkse routine van huisartsen zal moeten worden nagegaan in ander, longitudinaal onderzoek.

Kritische kanttekeningen

Uit een exploratief onderzoek, zoals wij dit uitgevoerd hebben, kunnen slechts voorzichtige konklusies worden getrokken. Dat geldt temeer omdat de instrumentontwikkeling en het verzamelen van het onderzoeksmateriaal heeft plaatsgevonden vóórdat de theoretische gedachtengang volledig was uitgekristalliseerd, waardoor de operationalisatie van een aantal begrippen niet optimaal is geweest. Zo kunnen de resultaten vertekend zijn doordat de mogelijkheid beperkt was om rekening te houden met de aard van de door de patient gepresenteerde klachten. Deze beperking is een gevolg van de operationalisering van de klacht in de vorm van vijf contact-karakterisering (zie paragraaf datareduktie in hoofdstuk III).

Er heeft bij het verzamelen van het materiaal een zekere selectie plaatsgevonden: de veertien huisartsen waren geen doorsnee huisartsen. Zij waren allen als huisartsopleider verbonden aan een huisartsen-instituut en hebben zich tijdens de begeleiding van hun opleiderschap min of meer expliciet beziggehouden met de inbreng van patienten bij het spreekuur-kontakt. Zij konden op zijn minst "belangstellend" voor dit onderwerp genoemd worden. Daarbij kwam dat na de cursus de negen meest gemotiveerde huisartsen zijn overgebleven. De patientengroep was ook geen representatieve afspiegeling van een doorsnee huisartsenspreekuur. Zij was wel afkomstig uit het totale patientenaanbod van enkele normale spreekuurochtenden, maar patienten die voor controle de huisarts bezoeken, chronische patienten en door de huisarts "terugbestelde" patienten waren ondervertegenwoordigd.

De validiteit en de betekenis van de gevonden verbanden is naar onze mening versterkt doordat de dataverzameling heeft plaatsgevonden uit drie min of meer los van elkaar staande bronnen: de patientvragenlijsten (voor de mogelijke inbreng), de spreekuurobservaties (voor de feitelijke inbreng van de patient en de werkwijze der huisartsen) en de huisartsvragenlijsten (voor de beleidsbeslissingen).

Met betrekking tot de mogelijke inbreng, waarvoor de gegevens verzameld zijn met behulp van de vragenlijsten, moet worden opgemerkt dat deze beperkt was tot datgene waarvan de patient zich bij navraag bewust was en waarover hij bereid en in staat was schriftelijke vragen te beantwoorden.

Het is goed te beseffen dat het bij deze mogelijke inbreng gaat om antwoorden op een groot aantal (67) vragen die werden voorgelegd aan patiënten die "onvoorbereid" en misschien gehaast naar hun huisarts gingen. Het zou kunnen zijn dat niet alle patiënten alle vragen hadden begrepen en er moet rekening gehouden worden met de mogelijkheid dat door het groot aantal vragen sommige respondenten voor de verleiding bezweken kunnen zijn om willekeurig een aantal kruisjes te zetten.

Bij de feitelijke inbreng is het goed zich te realiseren dat de analyse van onze observatiegegevens slechts 160 patiënt-huisarts-kontakten betrof bij negen huisartsen. Ook is het van belang er nogmaals op te wijzen dat het overwegend patiënten waren waarbij het hulpverleningsproces in een beginfase verkeerde (zogenaamde nieuwe-klacht-patiënten). Doordat er uitsluitend van audiomateriaal gebruik is gemaakt, kwamen nonverbale aspecten niet aan bod.

Hoewel de spreekuurobservatiegegevens in zekere zin een beperkte betrouwbaarheid hebben, zijn ze in dit onderzoek steeds door twee onafhankelijke beoordelaars bepaald; bij divergentie werd opnieuw beoordeeld teneinde consensus te bereiken. Hierdoor menen wij de betrouwbaarheid te hebben vergroot.

Bij de beschouwing van de bevindingen betreffende de beleidsbeslissingen en de werkwijze der huisartsen vóór en ná de korte cursus zal er eveneens voorzichtigheid betracht moeten worden gezien het betrekkelijk kleine aantal kontakten waarop deze analyses betrekking hebben.

3 Betekenis voor Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding (GVO)

113

Voor hen, die als niet-huisarts betrokken zijn bij het functioneren van de eerstelijns gezondheidszorg en met name voor de gebruikers (dat zijn de patiënten), kunnen de uitkomsten van dit onderzoek hun nut hebben bij het beantwoorden van de vraag hoe de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt in het hulpverleningsproces gestalte kan krijgen.

Het konsult is niet simpelweg een vraag- en antwoordspel, maar een complex gebeuren waaraan patiënten meer bij te dragen hebben dan alleen hun klacht. Bij meer feitelijke inbreng van patiënten is het niet te doen om meer rechten of meer macht; het gaat om een betere samenwerking met de huisarts. Dat in dit onderzoek beleidsbeslissingen van huisartsen samenhang vertoonden met feitelijke inbreng van patiënten, duidt erop dat hiertoe mogelijkheden bestaan.

In GVO-programma's dienaangaande zou aandacht besteed moeten worden aan de onderstaande punten.

- Om een betere uitwisseling van informatie mogelijk te maken, moeten patiënten en huisartsen elkaars taal leren begrijpen en gebruiken.
- Een klacht betekent niet altijd tegelijkertijd een hulpvraag! Indien patiënten een duidelijke hulpvraag proberen te formuleren, stelt dat de huisarts voor minder raadsels dan de uitspraak "Dokter, mijn oor."
- Patiënten dienen meer vragen te stellen, zodat ze beter te weten komen wat de huisarts te bieden heeft aan gezondheidszorg.
- Patiënten zouden meer uit zichzelf kunnen vertellen, zodat een groter deel van hun "specifieke pakket" aan bod komt. Als een patiënt bijvoorbeeld zijn gevoel van ongerustheid uitspreekt, maakt hij het de huisarts gemakkelijker om een onderscheid te maken tussen pluis en niet pluis.

Een hulpmiddel bij dergelijke GVO-activiteiten zou kunnen zijn een lijst met vragen en suggesties, opgehangen in de wachtkamer. Een andere mogelijkheid is een voorgedrukt formulier met mogelijke-inbreng-aspekten, door de patiënt in te vullen in de wachtkamer en te bespreken met de huisarts (vgl. Like ⁴⁹). Deze voorbereiding op het konsult zou wellicht kunnen bijdragen aan een goede gang van zaken tijdens het spreekuurkontakt.

4 Betekenis voor de dagelijkse praktijk in de spreekkamer

114

De bevindingen in dit onderzoek lijken een ondersteuning te geven aan moderne huisartsgeneeskundige opvattingen. Het gegeven, dat patiënten dikwijls om meer dan een reden naar het spreekuur kwamen, illustreert nog eens hoe belangrijk het is voor een adequate hulpverlening om te achterhalen wat patiënten precies beweegt om naar de huisarts te gaan. Gevoelsmatig gekleurde redenen (ongerustheid, twijfel, last) kwamen voor bij ruim de helft der kontakten. Deze redenen gingen relatief vaak gepaard met hulpvragen, die betrekking hadden op informatie en niet zozeer op behandeling of verwijzing. Daardoor wordt er nog eens de aandacht op gevestigd dat huisartsen er goed aan doen hulpvragen van patiënten te verhelderen met gerichte vragen in de zin van "wat kan ik voor U doen?" Dat bij ruim eenderde der kontakten patiënten aangaven door anderen gestuurd te zijn, is ons inziens een relevant gegeven dat een signalerende betekenis kan hebben ten aanzien van processen van somatische fixatie. Dit kan van belang zijn bij de preventie daarvan.^{34 70 71}

Dat mogelijke inbreng van patiënten slechts gedeeltelijk tot uiting komt tijdens het konsult, vraagt naast ander patientgedrag ook om een meer op inbreng van de patient gerichte werkwijze van huisartsen. Het bleek dat dit kon leiden tot meer feitelijke inbreng van patiënten.

De bevinding, dat bij een meer op inbreng van de patient gerichte werkwijze van de huisartsen de kans groter was dat patienten expliciete wensen uiten, zou voor huisartsen een argument kunnen zijn zich daarvoor meer open te stellen en niet ervan uit te gaan dat patienten deze wensen doorgaans wel uit zichzelf naar voren zullen brengen.

Een bevinding die eveneens de aandacht verdient van huisartsen is de volgende. Vooral in kontakten die betrekking hadden op nerveus-funktionele klachten bleek bij een meer op inbreng van de patient gerichte werkwijze van de huisartsen de kans groter te zijn dat patienten informatie verstrekten over de beleving en betekenis van de klacht en over hun eigen opvattingen aangaande de gevolgen van de aandoening of aangaande het te voeren beleid.

Bij een dergelijke werkwijze was de kans kleiner dat er een recept werd geschreven. Dit kan er op wijzen dat het de moeite loont met patienten te overleggen voordat naar het receptenblok wordt gegrepen.

5 Betekenis voor het beroepsonderwijs

Er bleken belangrijke veranderingsmogelijkheden te zijn in de werkwijze van huisartsen door een korte cursus, waarin expliciete aandacht werd besteed aan de inbreng van patiënten. Bij een aangepaste werkwijze van de huisartsen na het volgen van de cursus leken hun patiënten een grotere inbreng te hebben bij de spreekuurkontakten.

Deze bevinding zou een stimulans kunnen zijn om met onderwijs-programma's huisartsen ertoe te brengen hun hulpverleningsgedrag meer af te stemmen op de werkelijke vraag van patiënten en minder uitsluitend op de diagnose.

Wij menen dat door dit onderzoek elementen zijn geleverd voor onderwijs-programma's aan huisartsen, waarin (meer) specifieke aandacht besteed wordt aan de inbreng van patiënten bij het spreekuurkontakt. Doordat het begrip inbreng van patiënten duidelijker omschreven en beter hanteerbaar is geworden, wordt ook een element van betekenis toegevoegd aan een van de vier basale vaardigheden, die het handelen van huisartsen bepalen, namelijk aan het hanteren van de huisarts-patiënte-relatie.³³

6 Suggesties voor verder onderzoek

116

De betrouwbaarheid van het observatie-instrument zou verbeterd kunnen worden door een aantal maatregelen zoals:

- de beoordeling van de werkwijze der huisartsen en van de feitelijke inbreng van patiënten te laten geschieden door verschillende beoordelaars.
- de kontakten uit één praktijk zoveel mogelijk door verschillende beoordelaars te laten observeren.
- vereenvoudiging van de observatiecategorieën.

Er blijken weinig onderzoeksbeschrijvingen te zijn waarin de redenen van hulpvragen, zoals wij die onderscheiden hebben, zijn terug te vinden.

Toch stelt Lamberts terecht dat de kontaktreden van de patiënt de basis is van de huisartsgeneeskundige strategie, die moet leiden tot het verhelderen van de hulpvraag en, voor zover mogelijk, tot het stellen van een "eigenlijk", "echte", "tweede" of "onderliggende" diagnose.⁴⁶

Kontaktredenen worden doorgaans geklassificeerd in onder meer de RFEC en ICPC.⁴⁵ Deze klassifikaties blijken bij nader beschouwen sterk diagnose- c.q. orgaangericht te zijn en geven wel het probleemgebied aan, maar niet de reden waarvoor de patiënt naar eigen zeggen komt, noch de hulpvraag. Rapportage door patiënten, zoals in dit onderzoek gebeurde met behulp van vragenlijsten in de wachtkamer, maakt een klassifikatie van kontaktreden en hulpvraag mogelijk, waarbij de patiënt zelf heeft aangegeven waarvoor hij naar eigen zeggen de huisarts bezoekt.

Onderzoek naar de gesprekken tussen huisarts en patiënt in de spreekkamer wint aan relevantie, indien het gepaard gaat met zelfrapportage door de gespreksdeelnemers. (vgl. Lamberts⁴⁶). Het hier gebodene kan naar onze mening een stap in de goede richting betekenen.

In toekomstig onderzoek zouden de aspecten van de mogelijke inbreng en van de feitelijke inbreng meer op elkaar afgestemd dienen te worden om daardoor beter in staat te zijn eventuele diskrepantie c.q. overeenstemming op te sporen.

Het lijkt ons vooral de moeite waard feitelijke inbreng nader te onderzoeken in konsulten, betreffende patiënten met nerveus-funktionele en chronische klachten, met aandoeningen die een belangrijke beslissing vergen (bijv. wel of niet werken, medisch ingrijpen of abstineren) en in kontakten waarbij patiënten wensen verwezen te worden of een recept te krijgen.

Samenvatting

117

Tot dit onderzoek is besloten omdat het ons opviel dat het er dikwijls op lijkt alsof patiënten behalve hun klacht weinig of niets hebben in te brengen. Dit vormt een contrast met de pogingen die al jarenlang worden ondernomen om de ideeën van het participatiemodel in de arts-patiënt-interactie tot ontwikkeling te brengen. In dat model wordt nadrukkelijk plaats ingeruimd voor inbreng van de patiënt.

Deze inbreng van patiënten bij de interactie tussen patiënt en huisarts tijdens het spreekuurkontakt bleek een grotendeels onontgonnen terrein van onderzoek te zijn. Er is wel veel literatuur over de arts-patiënt-kommunikatie, maar die bleek vooral artsgericht te zijn. Het voornaamste doel van dit onderzoek was meer inzicht te verwerven in de samenwerking tussen patiënt en huisarts tijdens het spreekuurkontakt en daarbij te trachten de inbreng van de patiënt te objectiveren en zo mogelijk meetbaar te maken. Bovendien wilden we nagaan in hoeverre er met de invloed van bepaalde factoren rekening gehouden kon worden bij het beoordelen van deze inbreng.

In dit exploratieve onderzoek ging het om een combinatie van een wachtkamer-en spreekkameronderzoek. Er is gebruik gemaakt van drie meetinstrumenten: patiënt-vragenlijsten, spreekuurobservaties en huisarts-vragenlijsten.

Gedurende enkele spreekuurochtenden werden bij 14 artsen in de wachtkamer zowel vóór als ná het konsult aan de patiënten met nieuwe klachten vragenlijsten voorgelegd. Daarmee werden vóór het konsult gegevens verzameld omtrent persoons- en klachtkenmerken, omtrent de redenen van de komst en de mogelijke hulpvragen. Ná het konsult ging het vooral om de satisfactie van de patiënt. Uit het totale bestand werden 562 vragenlijsten geselecteerd voor de analyses.

De spreekuurkontakten van deze patiënten met de huisartsen werden ook op audioband opgenomen. Een selectie van 160 spreekuurkontakten van negen huisartsen werd beoordeeld met behulp van een speciaal daarvoor ontwikkeld observatie-instrument. Naast de inbreng van de patiënt ging het daarbij om de werkwijze van de huisartsen.

Ná het spreekuurkontakt zijn door de huisartsen de door hen gestelde diagnosen en genomen beleidsbeslissingen genoteerd.

De onderzoeksgegevens zijn geanalyseerd met behulp van verschillende bivariate en multivariate technieken.

Ten aanzien van het begrip inbreng van patiënten werd een onderscheid gemaakt tussen mogelijke inbreng (datgene wat de patiënt had ingevuld op de vragenlijsten en zou kunnen inbrengen) en feitelijke inbreng (datgene wat de patiënt bij het af luisteren van de audioband de facto bleek in te brengen).

De mogelijke inbreng gaf inzicht in de reden van de komst (bijvoorbeeld ongerustheid, twijfel, door anderen gestuurd zijn), legde de wensen en verwachtingen bloot waarmee de patiënten naar het spreekuur kwamen (bijvoorbeeld "ik wil onderzocht worden, ik verwacht een medicijn, ik wil weten wat ik zelf kan doen") en liet tenslotte zien in hoeverre mensen een eigen mening hadden over een eventuele diagnose. De mogelijke inbreng van patiënten bleek samenhang te vertonen met enkele achtergrondgegevens zoals aard en ernst van de aandoening, opleidingsniveau en frekwentie van het spreekuurbezoek.

De feitelijke inbreng zoals door ons geoperationaliseerd kon niet onder één noemer gevangen worden. Wel bleken er een aantal aspecten herkenbaar en bruikbaar te zijn zoals het vragenstellen, informatie verschaffen en het aandeel van de patiënt in het denk- en beslisproces. Het aandeel van patiënt en huisarts in het denk- en beslisproces was niet geheel van elkaar te scheiden. De feitelijke inbreng bleek vooral samen te hangen met medische problematiek en veel minder met persoonskenmerken van de patiënt. Of en wát patiënten feitelijk inbrachten tijdens het spreekuurcontact bleek slechts weinig samenhang te vertonen met wat zij van tevoren op de vragenlijst hadden aangegeven als mogelijke inbreng. Hoewel hiervoor onderzoekstechnische redenen zijn aan te voeren, blijft het toch een verrassende en teleurstellende bevinding, dat een aanzienlijk deel van de "bagage", waarmee patiënten naar het spreekuur van de huisarts gaan, verborgen blijft.

Met behulp van een uit ander onderzoek bekend instrument kon bij de eerder genoemde huisartsen een op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze gekwantificeerd worden.⁶⁸ Bij enkele aspecten van de feitelijke inbreng van de patiënten in de spreekkamer bleek er een relatie te kunnen worden gelegd met deze werkwijze der huisartsen.

Bij een aantal beleidsbeslissingen van de huisartsen, zoals het verrichten van lichamelijk onderzoek en het uitschrijven van een recept, is nagegaan in hoeverre er samenhang bestond met achtergrondgegevens en feitelijke inbreng van de patiënten en met een op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze van de huisartsen. Behalve de medische problematiek bleek daarbij de duur van de relatie met de huisarts een rol van betekenis te spelen maar géén van de andere achtergrondgegevens.

Dat patiënten de kans kunnen krijgen om daadwerkelijk te participeren in het besluit-vormingsproces wordt aannemelijk gemaakt door onze bevinding dat een aantal beleidsbeslissingen van de huisartsen enige samenhang vertoont met de feitelijke inbreng van patiënten.

De samenhang tussen de beleidsbeslissingen en een op inbreng gerichte werkwijze der huisartsen was gering.

Aan de bij dit onderzoek betrokken huisartsen werd een korte cursus aangeboden, waarin expliciet aandacht werd besteed aan de inbreng van de patiënt. Na het volgen van deze cursus bleken de deelnemende huisartsen zich meer te kunnen richten op bevordering van de inbreng van hun patiënten, de een meer dan de ander. De vraag in hoeverre dergelijke veranderingen leiden tot blijvende effecten vereist verder onderzoek.

Ons onderzoek was slechts van verkennende aard en beperkt van omvang.

Op dit gebied zal nog veel nader onderzoek moeten worden verricht, voordat algemeen geldende konklusies kunnen worden getrokken.

Toch menen wij dat er aanwijzingen zijn gevonden dat het hier een gebied betreft dat van groot belang is voor zowel patiënten als huisartsen.

Als wordt bevestigd - en gegevens uit de aangehaalde literatuur wijzen hierop - dat er inderdaad een dermate grote diskrepantie bestaat tussen wat patiënten zouden kunnen inbrengen in de kontakten met hun huisarts en wat daar in feite van terecht komt, dan zullen daaruit naar onze mening consequenties moeten worden getrokken, zowel door de (potentiële) patiënten als door de huisartsen.

Gezondheidsvoorlichting- en opvoedingsprogramma's, gericht op het bevorderen van de eigen verantwoordelijkheid en de eigen bijdrage van patiënten in de zorg voor hun gezondheid, zullen dan veel meer aandacht moeten besteden aan het inbrengen van meer eigen vragen, ervaringen, meningen, wensen en verwachtingen in de kontakten met hun huisarts.

De huisartsen zouden zich in hun opleiding en nascholing en bij onderlinge toetsing veel meer erop moeten richten om te leren in hun hulpverleningsgedrag niet alleen beter rekening te houden met de feitelijke, maar vooral ook met de mogelijke inbreng van hun patiënten. Het lijkt erop dat thans in de spreekkamer op dit gebied veel verborgen blijft en veronachtzaamd wordt.

Résumé

121

Pourquoi cette recherche?

Nous avons trouvé étonnant que souvent on dirait que les patients qui vont voir leur médecin lui indiquent seulement leur malaise et ne contribuent pas plus à la consultation. Cela est en contradiction avec l'évolution actuelle dans la médecine: depuis des années on cherche à développer une méthode de participation dans l'interaction médecin-patient. Cette méthode donne une grande importance à la contribution du patient pendant la consultation. Dans les recherches sur l'interaction médecin-patient la contribution du patient est encore un domaine inexploré. Quoiqu'il y ait beaucoup de littérature sur le sujet de la communication médecin-patient, c'est surtout sur la part du médecin et non celle du patient que l'on insiste. Le but principal de notre recherche était d'obtenir plus d'informations sur la coopération du patient avec le médecin et vice versa, de préciser quelle peut être la contribution du patient et dans quelle mesure. En outre nous avons voulu rechercher comment tenir compte de l'influence de variables structurelles en analysant cette contribution.

La méthode de la recherche

Quant à cette recherche il s'agit de deux aspects: une recherche dans la salle d'attente ainsi que dans le cabinet de consultation. Nous nous sommes servis de trois moyens pour obtenir les informations: des questionnaires à remplir par le patient, une analyse des consultations et des questionnaires à remplir par le médecin.

Nous avons pris contact avec la clientèle de 14 médecins pour distribuer dans la salle d'attente des questionnaires avant et après la consultation. (Il s'agissait des patients qui venaient voir leur médecin pour la première fois au sujet de ce malaise). Ainsi nous avons rassemblé avant la consultation les données concernant la personne et les symptômes (traits distinctifs) ainsi que la raison de la visite et les demandes de soins éventuels. Après la consultation il s'agissait surtout de la satisfaction du patient. Nous avons sélectionné 562 questionnaires sur un total d'environ 600. Pendant les consultations les échanges médecin-patient ont été enregistrés sur des bandes magnétiques. 160 consultations de 9 médecins ont été sélectionnées et analysées par une méthode, développée spécialement pour cette recherche. Nous avons analysé ces échanges en examinant non seulement la contribution des patients, mais aussi la méthode de travail des médecins.

Après la consultation les médecins ont noté leurs diagnostics et leurs décisions.

Les données, obtenues dans cette recherche, ont été analysées à l'aide de différentes techniques à deux ou à plusieurs variables.

Une considération des résultats

Au sujet de la contribution des patients nous avons distingué la contribution potentielle (ce que le patient avait noté sur la questionnaire et ce qu'il pourrait donc contribuer pendant la consultation) et la contribution réelle (ce que le patient contribuait réellement, c'est à dire ce qu'on pouvait observer en écoutant les bandes magnétiques).

La contribution potentielle donne une idée concernant la raison de la visite du patient (par exemple son inquiétude, son doute, être dirigé par d'autres personnes etc.), révèle ce que les patients désirent de cette consultation (par exemple "je veux être examiné", "je veux un traitement", "je veux savoir ce que je pourrais faire moi-même") et finalement cette contribution potentielle découvre à quel point le patient a lui-même une idée sur le diagnostic. La contribution potentielle paraît avoir un rapport avec quelques variables structurelles (comme le genre de la maladie et à quel point c'est sérieux, le niveau de l'éducation et la fréquence des visites au médecin).

Pour la contribution réelle, telle que nous l'avons mise en oeuvre, il paraît être difficile de réduire les différents aspects à une seule conception. Certains de ces aspects étaient bien reconnaissables et valides; il s'agit des aspects suivants: poser des questions, donner des informations et prendre part à l'analyse des problèmes et aux décisions. Il était difficile de séparer exactement la part du patient et celle du médecin dans ce processus.

La contribution réelle des patients à la consultation était surtout liée aux problèmes médicaux et beaucoup moins aux caractères personnels. Cette contribution ne semble pas avoir de rapport avec les réponses des patients aux questionnaires (étant leur contribution potentielle). Quoi qu'il y en a des raisons techno-exploratives, c'est un fait étonnant et décevant que "le bagage", avec lequel les patients viennent voir leur médecin, ne surgisse qu'en partie pendant la consultation.

Nous avons analysé la méthode de travail des 14 médecins nommés ci-dessus à l'aide d'un instrument (qu'on connaît d'une autre recherche). Il était possible d'indiquer la compréhension d'une méthode de travail, partant de la contribution du patient à la consultation. Il semblait qu'il y a un rapport entre cette méthode de travail du médecin et certains aspects de la contribution réelle des patients.

Pour certaines décisions du médecin (tel qu'un examen physique, une prescription de médicaments) nous avons vérifié qu'il y a un rapport avec les variables structurelles et la contribution réelle des patients et aussi avec la méthode de travail du médecin partant de la contribution du patient.

Aucune des variables structurelles ne paraît être significative sauf les problèmes médicaux et la durée de la relation médecin-patient. Notre idée que les patients peuvent participer effectivement au processus des décisions provient du résultat de notre recherche: certains décisions des médecins montrent une relation avec la contribution réelle des patients. Le rapport entre l'issue de la consultation et la méthode de travail des médecins, partant de la contribution du patient, n'était pas évident.

Aux médecins engagés dans cette recherche un cours de courte durée a été offert, dans lequel nous avons attiré explicitement leur attention sur la contribution du patient à la consultation. Après ce cours il nous a semblé que ces médecins étaient plus capables d'activer la contribution du patient, l'un plus que l'autre. Il faudrait une recherche plus détaillée pour pouvoir constater si les résultats obtenus sont durables.

Conclusions

Notre recherche n'a eu qu'un caractère exploratif et limité et nous sommes persuadés qu'il faut encore beaucoup de recherche dans ce domaine avant de pouvoir tirer des conclusions générales. Pourtant nous croyons avoir montré qu'il s'agit d'un domaine de grande importance aussi bien pour les patients que pour les médecins.

Outre cela, il est important de pouvoir constater -et la littérature révèle une telle tendance- qu'il y a en effet un contraste important entre ce que les patients pourraient contribuer pendant les consultations et ce qu'il en est question en réalité.

Nous constatons:

- que les patients de même que les médecins doivent en tirer des conséquences;
- qu'il faut accentuer ladite contribution du patient dans les programmes de l'Information et de l'Education pour la Santé, dans lesquelles on s'occupe de développer une responsabilité individuelle et de favoriser l'autonomie des patients concernant leur santé. Et ceci pourra encourager les patients pour formuler leurs demandes, pour mentionner leurs expériences, leurs opinions, leurs désirs et ce qu'ils attendent de leurs médecins pendant les consultations et aussi de participer aux décisions.

Quant à la méthode de travail des médecins pendant les consultations: les médecins devraient s'appliquer à mieux tenir compte non seulement de la contribution réelle, mais surtout de la contribution potentielle de leurs patients. Et cela devrait être partie de l'enseignement des médecins.

Nous sommes persuadés que de nos jours beaucoup d'informations et de demandes de la part des patients restent encore dans l'ombre pendant l'heure des consultations.

Summary

125

We decided to carry out this research because we had the impression that patients visiting their GP's have little or nothing to contribute apart from their complaints.

This contrasts with the attempts made for many years to develop a participation model in the doctor-patient relationship, which stresses the patient's contribution.

This contribution proved to be a field of research that had hardly been explored. True, there is much literature about GP and patient communication, but it concentrates mainly on the GP. The main object of our research was to learn more about cooperation during consulting-hours. At the same time we tried to establish the patient's contribution and, if possible, to make it quantifiable. We also wanted to find out to what extent the influence of certain factors could be taken into account in evaluating this contribution.

This exploratory research combined waiting room and consulting room research using three measuring instruments: patient questionnaires, observations during consulting-hours and GP questionnaires.

During several morning surgeries of 14 GP's, patients with new complaints were given questionnaires in the waiting room both before and after consultation. Before consultation information was gathered about the patient's character, the nature of his complaints, the reasons for his visit and possible requests for help. After consultation the questions mostly concerned the patient's satisfaction. Out of the total, 562 questionnaires were selected for analysis. These patient's interviews with the doctor were also recorded on audio-tape. A selection of 160 contacts with nine GP's were evaluated with an observation instrument specially developed for this purpose. Besides the patient's contribution, the GP's working method was also evaluated. After the visit, the GP's recorded their diagnosis and the decisions they had made.

The research data were analysed with various bivariate and multivariate techniques.

With regard to the patient's contribution, we distinguished between the possible contribution (everything he had filled in on his questionnaires and might consequently discuss with the GP) and the actual contribution (everything the patient really did discuss as heard on tape).

The possible contribution showed why he had come to his GP (e.g. uneasiness, doubt, sent by others), disclosed the wishes and expectations of patients visiting the GP (e.g. "I want to be examined, I expect a medicine, I want to know what I can do myself") and finally it showed to what extent people had opinions of their own about the diagnosis. A connection proved to exist between the patients' possible contribution and background data such as the nature and seriousness of the complaint, level of education and the frequency of visits to the GP.

The actual contribution we had made operational could not be reduced to a common denominator. However, a number of aspects appeared to be recognizable and useful, such as asking questions, giving information and the part played by the patient in the thinking and decision-making process. The patient's and GP's parts in this process were not completely separable. The actual contribution proved to be connected mainly with medical problems and far less with the patient's personal characteristics.

Whether and what patients actually contributed while with the GP had little connection with what they had earlier put on the questionnaires as their possible contribution. Although technical reasons can be advanced for this, it remains a surprising and disappointing finding that a considerable part of the "luggage" patients take to the GP is unopened.

With the help of an instrument known from other research a working method could be quantified for these 14 GP's which is directed at the patient's contribution. For some aspects of the patients' actual contribution in the consulting room, a relation was established with this method.

For some decisions by GP's, such as making physical examinations and prescribing medicines, we examined whether there was a connection between patients' background data and actual contribution and GP's working method directed at contribution by the patient. Besides the medical problems, it was found that the duration of the relation with the GP played an important part, but none of the other background data did. That patients can get a chance of really participating in the decision-making process is borne out by our experience that some decisions by GP's show some connection with patients' actual contributions. There was little connection between GP's decisions and working methods.

The 14 GP's were given a short course in which explicit attention was paid to the patient's contribution; after this they were better able to encourage such contributions; some, it is true, better than others. The question, however, to what extent such changes will lead to lasting effects, demands further research.

Our research was only of an exploratory nature and of limited extent.

Much more research will have to be done in this field before any general conclusions can be drawn.

Yet we believe there are indications that this is a field of great importance to both patients and GP's. If it is confirmed -and data from the cited literature indicate this- that there really is such a great discrepancy between how much patients might contribute towards contact with their GP's and what they actually do contribute we think the consequences will have to be drawn both by potential patients and by GP's.

Health and education programmes aimed at promoting the patients' own responsibility for and contribution towards their health care will then have to pay much more attention to their own questions, experiences, opinions, wishes and expectations from contact with their GP's.

In their training, refresher courses and mutual contact, GP's should make a much greater effort, in caring for their patients, to learn to take into consideration not only their actual contribution but especially their possible contribution as well. It seems that at present much remains undisclosed and disregarded in the consulting room in this respect.

Bijlagen

Bijlagen behorend bij hoofdstuk III

129

Enkele karakteristieken van de deelnemende huisartsen

130

Leeftijd in jaren	Aantal jaren prak- tiserend	Opleidings- plaats	Praktijkvorm	Praktijk- omvang per huisarts	Werkgebied
38	6	Nijmegen	Gezondheids- centrum	2200	dorp
51	19	Utrecht	solo	2700	dorp
52	23	Leiden	solo	2500	dorp
58	28	A'dam(VU) Rotterdam	2-mans associatie	3200	stad
41	11	Groningen	2-mans associatie	2500	4 dorpen
46	14	Nijmegen	solo	3000	dorp
36	8	Nijmegen	solo	2950	stad
48	15	Leiden	2-mans associatie	2250	dorp
33	9	Nijmegen	4-mans associatie	2300	dorp/stad
45	16	Nijmegen	solo	2800	stad
47	13	Nijmegen	solo	3500	dorp
35	8	Leiden	2-mans associatie	2600	dorp
34	5	Nijmegen	solo	2650	stad
56	24	A'dam(GU)	4-mans groeps- praktijk	2450	verstede- lijkt dorp

Patiënt-vragenlijst 1

Vragen.

Overzicht van het voorkomen van de antwoorden, uitgedrukt in percentages van het totale aantal kontakten; tussen haakjes aantallen onbekenden.

Vragen	Antwoordcategorie	Audio- groep (N=160)	Totaal (N=562)	131
1 Wilt u hier opschrijven hoe oud u bent?	10 - 29 jaar	39	40	
	30 - 49 jaar	40	39	
	50+	21	21	
2 Wilt u aankruisen of u vrouw bent of man?	vrouw	62	62	
	man	38	38	
3 Hoe bent u verzekerd?	ziekenfonds	77	73	
	particulier	23	27	
		(3)	(20)	
4 Welk onderwijs hebt u het <u>laatst</u> gevolgd?	LO/LBO/MAVO	46	39	
	MBO/HAVO/VWO/VO	44	47	
	HBO/Universiteit	10	14	
		(4)	(14)	
5 Hoe vaak hebt u de laatste twee jaar uw huisarts bezocht?	vaker dan 4 x per jaar	12	13	
	2 a 3 x per jaar	67	64	
	minder dan 1 x per jaar	21	23	
		(1)	(6)	
6 Hoe lang is deze huisarts uw huisarts?	0 - 5 jaar	32	28	
	5 - 10 jaar	33	30	
	langer dan 10 jaar	35	42	
		(4)	(8)	

	Antwoordcategorie	Audio- groep	Totaal
7 Wat is uw voornaamste klacht of wat zijn de verschijnselen, waarvoor u naar het spreekuur komt?	algemene klachten	15	14
	keel-, neus- en oorklachten	8	8
	klachten van de luchtwegen	4	3
	hartklachten	1	4
	buikklachten	8	8
	urogenitale klachten	4	3
	gezwollen	2	1
	klachten van het bewegings- apparaat	22	18
	huidklachten	5	5
	sexualiteitsproblemen	2	2
	klachten van de ogen	1	1
	niet in te delen	8	8
	geen klacht	20	25
		(30)	(153)
8 Hoe lang geleden had u voor het eerst deze klacht of voor het eerst last van deze verschijn- selen? **	korter dan 1 maand	37	34
	1 - 6 maanden	21	18
	langer dan 6 maanden	42	48
		(9)	(19)
9 Wat denkt u dat u mankeert? (Wat is uw diagnose) **	infectieziekte	1	1
	neoplasmata	1	1
Aarzel niet op te schrijven wat u echt denkt! (Ook de dokter heeft het wel eens verkeerd.)	allergie	4	2
	bloedziekte	2	1
	psychiatrische ziekten en andere psychische stoornissen	10	8
	ziekten van het zenuw- stelsel/zintuigen	6	4
	hart, vaatziekten	6	9
	ziekten van de luchtwegen	13	12
	ziekten van het spijs- verteringsstelsel	2	1
	urogenitale ziekten	5	5

	Antwoordcategorie	Audio- groep	Totaal	133
vervolg vraag 9.	zwangerschap, bevalling	1	1	
	huidziekten	4	5	
	ziekten van het bewegings- apparaat	12	10	
	traumata	3	2	
	inëntingen, onderzoek en voorlichting	3	7	
	niet in te delen	8	7	
	geen diagnose	19	24	
		(31)	(133)	
10 Hebt u met anderen over deze klacht gesproken voordat u naar uw huisarts kwam?	ja (1x/of vaker)	74	68	
	nee	26	32	
		(3)	(43)	
11 Hebt u eerst zelf maatregelen getroffen voordat u naar uw huisarts kwam?*	ja, maatregelen of medicijnen	39	39	
12 Hebt u zelf al medicijnen genomen voordat u naar uw huisarts kwam?*	nee	61	61	
		(2)	(37)	
13 Geef met een kruisje aan waarom u vandaag met deze klacht naar uw huisarts bent gekomen?*				
De dokter had mij gezegd terug ja te komen.	nee	18	32	
		82	68	
		(8)	(40)	
Ik moest toch voor iets anders ja bij de dokter zijn.	nee	24	18	
		76	82	
		(12)	(45)	

	Antwoordcategorie	Audio- groep	Totaal
vervolg vraag 13.			
Ik heb pijn.*	pijn	60	49
	hinder, geen pijn	24	24
Ik heb te veel hinder van mijn klacht.	geen van beiden	16	27
Ik weet wat er met mij aan de hand is en heb nu hulp nodig.	ja	36	40
	nee	64	60
		(13)	(55)
Ik maak mij ongerust.	ja	46	35
	nee	54	65
		(8)	(41)
De klacht verergert steeds.*	sterke twijfel	23	19
	matige twijfel	52	45
De klacht gaat niet vanzelf over.**	geen twijfel	25	36
Anderen vinden dat ik naar de huisarts moet gaan.	ja	41	35
	nee	59	65
		(9)	(52)
Ik heb deze klacht al eerder gehad en weet dat de huisarts mij kan helpen.	ja	46	42
	nee	54	58
		(10)	(48)
Het is voor mijzelf onduidelijk.	ja	40	36
	nee	60	64
		(13)	(63)
14 Hebt u deze klacht, waarvoor u nu bij uw huisarts bent, al eerder gehad?	ja (1 x of vaker)	69	65
	nee	31	35
		(2)	(35)

	Antwoordcategorie	Audio- groep	Totaal	135
15 Zo ja, bent u met dezelfde klacht al eerder bij uw huisarts geweest?	ja (1 x of vaker) niet van toepassing	61 39 (9)	56 44 (70)	
16 Zo ja, wanneer voor het laatst?	korter dan 1/2 jr geleden 1/2 a 1 jr geleden langer dan 1 jr geleden niet van toepassing	30 13 20 37 (60)	29 10 18 43 (241)	
17 Is uw klacht iets om je zorgen over te maken?	ja nee	62 38 (5)	58 42 (37)	
18 Wat wilt u vandaag van uw huisarts?*				
Aarzel niet om aan te geven wat echt wilt!				
Ik wil dat de huisarts mij lichamelijk onderzoekt.	ja nee	39 61 (44)	31 69 (186)	
Ik wil dat hij me medicijnen of zalf e.d. voorschrijft.	ja nee	34 66 (46)	36 64 (185)	
Ik wil met mijn huisarts praten over mijn persoonlijke	ja nee	24 76 (33)	18 81 (128)	
Ik wil dat hij me doorstuurt voor verder onderzoek, (bijv. röntgen- of laboratoriumonderzoek).	ja nee	22 78 (49)	15 85 (196)	

	Antwoordcategorie	Audio- groep	Totaal
vervolg vraag 18.			
Ik wil dat hij met mij be- spreekt, wat ik zelf kan doen, zonder medicijnen of zalf te gebruiken.	ja	60	51
	nee	40	49
		(30)	(142)
Ik wil dat mijn huisarts mij nu van mijn last verlost.	ja	52	47
	nee	48	53
		(43)	(167)
Ik wil advies over de ziektewet.	ja	5	4
	nee	95	96
		(30)	(130)
Ik wil weten of het iets ernstigs is wat er met mij aan de hand is.	ja	51	40
	nee	49	60
		(26)	(137)
Ik wil weten wat er moet gebeuren.	ja	80	68
	nee	20	32
		(14)	(111)
Ik wil dat hij met verwijst	naar specialist	19	15
	nee	81	85
		(32)	(132)

N.B. In de aantallen onbekenden van dit laatste item zijn ook de verwijzingen naar de fysiotherapeut, maatschappelijk werk en psycholoog begrepen.

* Betekent nieuwe variabele, zie Hoofdstuk III paragraaf 4.

** Betekent hercodering, zie Hoofdstuk III paragraaf 5.

Hieronder staan een aantal uitspraken over gezondheid en ziekte en over het spreekuur.

Wij vragen u aan te geven wat uw mening is over deze uitspraken door een kruis te zetten in het vakje dat het dichtst bij uw mening ligt.

	helemaal enig- mee eens zins	evenzeer enig- mee eens zins	helemaal onbe- mee eens als mee oneens	helemaal onbe- mee eens als mee oneens	helemaal onbe- mee eens als mee oneens	helemaal onbe- mee eens als mee oneens
19 Regelmatig kontakt met mijn dokter is voor mij de beste manier om ziekte te voorkomen.	25	23	18	8	20	6
20 Zodra ik me niet zo goed voel, zou ik eigenlijk naar een arts moeten gaan.	21	27	15	14	17	6
21 Het ligt aan mezelf als ik ziek word.	7	13	19	14	39	8
22 Het belangrijkste wat invloed heeft op mijn gezondheid is mijn eigen doen en laten.	30	25	20	8	9	8
23 Een goede gezondheid is vooral een kwestie van alles mee hebben.	25	20	20	8	20	7
24 Als ik herstel van een ziekte is het meestal omdat andere mensen goed voor me gezorgd hebben (artsen, zusters, vrienden, familie).	26	28	22	7	9	7
25 Als er iets misgaat met mijn gezondheid dan is dat mijn eigen fout.	7	14	26	15	31	7
26 Als ik gezond blijf, heb ik geluk gehad, (is dat pure mazzel).	29	19	14	9	22	7

	halveaal enigsmee eens zins	evenzeer enigsmee eens zins	halveaal onbe- me me kand
	mee eens als me oneens	oneens	oneens
27 Met betrekking tot mijn gezondheid kan ik alleen maar doen wat mijn arts me voorschrijft.	31	20	18 11 13 7
28 Als ik mezelf goed in gaten hou blijf ik er lekker gezond bij.	22	28	25 9 9 7
29 Als ik de goede maatregelen neem, kan ik best gezond blijven.	23	27	23 11 9 7
30 Als ik ziek word heeft het lot dat zo beschikt.	18	16	20 10 28 8
31 Als ik me ziek voel weet ik dat het is omdat ik me niet voldoende in acht genomen heb.	8	18	23 20 24 7
32 Als ik maar goed voor mezelf zorg, kan ik ziekte voorkomen.	10	25	24 15 19 7

Patiënt-vragenlijst 2

Vragen.

Overzicht van het voorkomen van de antwoorden, uitgedrukt in percentages van het totale aantal kontakten; tussen haakjes aantallen onbekenden (N = 562).

139

De vragen hieronder gaan over het spreekuur van zo-even. U kunt deze vragen beantwoorden door het vakje aan te kruisen dat naar uw gevoel het dichtst bij uw eigen antwoord ligt.

Vragen

Antwoordcategorieën

ja	ja	een	nee	nee	onbe-
zeer		beetje		hele-	kend
zeker				maal	
				niet	

33 Zijn er achteraf gezien nog vragen, die u vandaag eigenlijk ook had willen stellen?	0	2	2	74	16	6
34 Denkt u dat u voldoende duidelijk hebt kunnen maken waarvoor u vandaag op het spreekuur kwam?	20	70	2	1	1	6
35 Is er nog iets dat u eigenlijk had willen vertellen en dat niet besproken is?	0	3	2	75	14	6
36 Is er vandaag voldoende tijd geweest voor u op het spreekuur?	22	70	1	1	0	6
37 Zijn voor uw gevoel vandaag de belangrijkste onderwerpen, waarmee u op het spreekuur kwam, aan bod gekomen?	22	69	2	1	0	6
38 Bent u voldoende geholpen door dit spreekuurbezoek?	18	67	6	2	0	7
39 Is naar uw idee vandaag voldoende gesproken over wat u wilde weten over uw klachten (of uw ziekte)?	18	71	4	1	0	6
40 Is door dit spreekuurbezoek uw zorg (en angst) weggenomen?	11	50	20	8	1	10

	Antwoordcategorieën					
	ja zeer zeker	ja bestje	een nee	nee hele- maal niet	onbe- kend	
41 Zijn er nog dingen overgebleven, ook onbelangrijke, die u eigenlijk had willen weten?	1	5	3	75	10	6
42 Vindt u dat er vandaag voldoende overleg geweest is tussen u en de dokter over hoe het verder moet?	18	72	3	1	0	6
43 Is naar uw mening vandaag duidelijk geworden wat er met u aan de hand is?	12	57	12	8	1	10
44 Zijn vandaag de beslissingen over wat er moet gebeuren voornamelijk door de dokter genomen?	8	61	10	11	2	8
Vraag	Antwoordcategorie			Audio- groep (N=160)	Totaal groep (N=562)	
45 Bij de aard van een klacht kunnen lichamelijke en psychische (=geestelijke) factoren een rol spelen. In welke mate spelen psychische factoren een rol bij uw klacht?	niet/zeer weinig			53	58	
	weinig/enigszins			35	31	
	zeer veel			12	11	
				(7)	(40)	
46 Geef met een kruisje aan wat u vindt van het invullen van deze vragenlijsten.	vervelend				3	
	interessant				25	
	te tijdrovend				1	
	belangrijk				53	
	nieuwsgierig makend				8	
	iets anders				5	
	combinaties				4	
					(47)	

Huisarts-vragenlijst

Vragen.

Overzicht van het voorkomen van de antwoorden, uitgedrukt in percentages van het totale aantal kontakten; tussen haakjes aantallen onbekenden.

1. Tijdstip begin konsult.			141
2. Tellerstand bij begin konsult.			
3. Patient-nummer.			
4. Geslacht patient.			
5. Leeftijd patient.			
6. Was deze patient door u "terugbesteld"?			
	Antwoordcategorie	Audio- groep (N=160)	Totaal (N=562)
7. In welke mate spelen naar uw mening psychische factoren een rol bij deze klacht?**	niet/zeer weinig	35	45
	weinig/enigszins	31	30
	(zeer) veel	34	25
		(7)	(25)
8. Wat is uw diagnose? **	infectieziekte	1	-
	neoplasmata	1	1
	allergie,	1	2
	bloedziekte	1	-
	psychiatrische ziekten en andere psychische		
	stoornissen	14	11
	ziekten van het zenuw- stelsel/zintuigen	8	6
	hart, vaatziekten	4	5
	ziekten van de luchtwegen	13	13
	ziekten van het spijs- verteringsstelsel	4	5
	urogenitale ziekten	8	7
	zwangerschap, bevalling	1	1
	huidziekten	13	12

	Antwoordcategorie	Audio- groep	Totaal
vervolg vraag 8.	ziekten van het bewegings- apparaat	18	14
	traumata	3	2
	inrentingen, onderzoek, en voorlichting	2	8
	overigen	1	2
	geen diagnose	7	11
		(12)	(60)
9. Wat heeft het konsult "opgeleverd"?			
Het is nog onduidelijk/ afwachten	ja	13	12
Lichamelijk onderzoek	ja	71	71
Recept voor medicijn of zalf	ja	56	54
Gesprek over persoonlijke moeilijkheden	ja	15	11
Doorsturen voor verder onder- zoek (bijv. röntg. of lab.)	ja	11	10
Advies: leefregel	ja	11	12
Ingreep(je), injectie enz.	ja		
Advies aangaande ziektewet	ja	5	4
Geruststelling	ja	25	17
Uitleg over ernst van situatie	ja	9	10
Uitleg wat er verder moet gebeuren; begeleiding	ja	22	19
"Terugbesteld"	ja	25	26

Observatie-instrument

Lijst van te beoordelen aspecten.

Gehanteerde criteria bij de beoordeling.

Betrouwbaarheidsscores van de beoordelingen; de mate van betrouwbaarheid is uitgedrukt in de associatiematen Tau-B voor de ordinale items en Kappa voor de nominale items.

	Betrouw- baarheids- scores	143
1. Eerste of belangrijkste klacht	Tau-B	
We letten in eerste instantie op het belang van de klacht. Bij meerdere, even belangrijke klachten wordt alleen de eerste klacht in beschouwing genomen. Wanneer meerdere klachten tot eenzelfde klachtengroep behoren, worden ze samen beschouwd als een klacht.	.72	
2. Is er een expliciete hulpvraag tijdens de introductiefase?	Tau-B	
1 expliciet 3 niet expliciet	.59	
1 patient stelt een expliciete hulpvraag;		
2 patient stelt slechts gedeeltelijk een expliciete hulpvraag;		
3 patient stelt geen expliciete hulpvraag.		
N.B. Het gaat hierbij alleen om hulpvragen, die tijdens de introductie gesteld worden.		
3. Brengt de patient expliciet wensen naar voren?	Kappa	
1 ja, m.b.t. onderzoek; uitgebreid, bloeddruk, cholesterol, RÖ.	.51	
2 ja, m.b.t. verwijzing.		
3 ja, m.b.t. medicijnen.		
4 ja, m.b.t. gesprek - aandacht voor psychosoc.probleem.		
5 ja, m.b.t. ziektewet.		
6 ja, m.b.t. plan in het algemeen.		
7 neen.		
Deze vraag betreft het hele kontakt.		

- 3A. Hoe brengt de patient zijn expliciete wensen m.b.t. de eerste of belangrijkste klacht naar voren? Tau-B
.58
- 1 spontaan 3 op aandringen van de huisarts 8 n.v.t.

1 De patient deelt de huisarts ongevraagd mee wat patient zelf ervan weet en denkt;

2 Deels wel, deels niet spontaan;

3 De patient deelt de huisarts alleen mee wat patient zelf ervan weet en denkt, wanneer de huisarts erom vraagt of erop aandringt.

4. Stelt patient expliciet vragen met betrekking tot: Kappa
- a. oorzaak .75
- b. diagnose .48
- c. gevolgen - ernst, verloop, duur, prognose .56
- d. te voeren beleid .47
- 1 ja 2 nee

Uit de vragen, die de patient stelt, blijkt dat deze meer wil weten van de oorzaak (bijv. "dokter, kan dat van het voetballen/het weer komen?"); diagnose (bijv.: "dokter, wat is dat nou precies?"); gevolgen (bijv.; hoe lang kan dit gaan duren? Kan ik er mee gaan werken?"); te voeren beleid (bijv.: "hoe lang moet ik binnen blijven?" - "heeft U iets voor de pijn?").

5. Geeft patient informatie over de premedische fase? Kappa
- 1 ja 2 nee .50
- a. Tijdstip van ontstaan van klacht. .45
- b. Omstandigheden; onder welke omstandigheden heeft de patient last van de klacht? Omstandigheden en gevolgen moeten hier goed uit elkaar gehouden worden.
- De patient heeft last van de klacht wanneer hij: bukt, iets tilt, televisie kijkt, werkt of juist stil zit.
- c. Zelfmedicatie en zelf maatregelen genomen. .57
- d. Fluctuatie: alle veranderingen in de klachtenbeleving over de tijd, zowel in dagen als in weken. .53

- 5A. Hoe verstrekt de patient zijn informatie met betrekking tot de premedische fase? Tau-B
- | | | | |
|-------------|------------------------------|----------|-------|
| 1 spontaan* | 3 op aandringen van huisarts | 8 n.v.t. | Tau-B |
|-------------|------------------------------|----------|-------|
- a. Tijdstip ontstaan van klacht. .54
 - b. Omstandigheden. .46
 - c. Zelfmedikatie en zelfmaatregelen. .58
 - d. Fluctuatie .53
- * zie bij vraag 3a.
-
6. Hoe uitgebreid geeft de patient informatie over de beleving/betekenis van de klacht. Kappa
- | | | | |
|-------------------|--------------------------|--|-------|
| 1 zeer uitgebreid | 5 geen enkele informatie | | Kappa |
|-------------------|--------------------------|--|-------|
- 1 Patient vertelt uitvoerig hoe hij de klacht beleeft en wat de klacht voor hem betekent. Hij brengt gevoelens van ongerustheid, angst en zorg van zichzelf en anderen ter sprake.
 - 2 Uitgebreid.
 - 3 Enigzins uitgebreid.
 - 4 Nauwelijks uitgebreid.
 - 5 Patient geeft geen informatie over beleving en betekenis van de klacht.
-
- 6A. Hoe verstrekt de patient zijn informatie met betrekking tot de beleving/betekenis van de klacht. Tau-B
- | | | | |
|-------------|------------------------------|----------|-------|
| 1 spontaan* | 3 op aandringen van huisarts | 8 n.v.t. | Tau-B |
|-------------|------------------------------|----------|-------|
- * zie bij vraag 3a.
-
7. Uit patient eigen opvattingen met betrekking tot: Kappa
- a. oorzaak .55
 - b. diagnose .48
 - c. gevolgen - ernst, verloop, duur, prognose .39
 - d. te voeren beleid .56
- | | | | |
|------|-------|--|--|
| 1 ja | 2 nee | | |
|------|-------|--|--|

De patient spreekt duidelijk uit wat deze zelf al gedacht had over de oorzaak (bijv.: "ik ben gevallen en toen ..."); diagnose (bijv.: "ik denk dat het een neusholteontsteking is"); gevolgen (bijv.: "ik kan zo niet werken. Ik maak me er zorgen over"); te voeren beleid (bijv.: "ik denk dat ik het beste thuis kan blijven). Het gaat hierbij om de eerste of belangrijkste klacht.

7a. Hoe verstrekt de patient zijn informatie met betrekking tot de eigen opvatting, die hij laat horen, ten aanzien van de	Tau-B
1 spontaan* 2 op aandringen van huisarts 8 n.v.t.	
a. oorzaak	.56
b. diagnose	.46
c. gevolgen	.37
d. te voeren beleid	.48

Het gaat hierbij om de eerste of belangrijkste klacht.

* zie bij vraag 3a.

8. Is er gezamenlijk overleg gepleegd over de probleemdefinitie?	Kappa
1 ja 2 nee 8 n.v.t. 9 n.t.b.	.30

1 ja: huisarts en patient hebben samen een probleemdefinitie besproken, die recht doet aan verkregen gegevens, gesteld is in termen die zich laten communiceren met de patient en die aanknopingspunten biedt voor een gezamenlijk behandelingsplan.

2 nee: er is wel sprake van een probleemdefinitie maar de huisarts geeft de patient geen enkele kans om hierop in te gaan.

8 n.v.t.: er is geen probleemdefinitie.

Wanneer een arts geen probleemdefinitie kan geven door de aard van het probleem en dit ook uitdrukkelijk vertelt, wordt dit toch beschouwd als een probleemdefinitie.

9. Wie bepaalt vooral het verloop van het contact?	Tau-B
1 uitsluitend de patient 4 grotendeels de huisarts	.60
2 grotendeels de patient 5 uitsluitend de huisarts	
3 beide ongeveer evenveel	

Het gaat er bij deze vraag om in hoeverre de huisarts erin slaagt om het gesprek zodanig te structureren, dat beide partners in voldoende mate aan het gesprek kunnen participeren: dat wil zeggen dat ze beiden initiatieven kunnen nemen, voorstellen kunnen doen, ideeën naar voren kunnen brengen enz. De huisarts moet in dit verband zo'n beetje optreden als voorzitter van het gesprek: hij remt waar nodig de patient af (bij een waterval van woorden en informatie) of betreft een zwijgzame of afwachtende patient juist zoveel mogelijk bij het gesprek.

1 Uitsluitend de patient: de patient domineert het kontakt volledig, is bijna uitsluitend aan het woord, walst over de huisarts heen, terwijl de arts dit niet afremt, en bepaalt in feite volledig wat er in het kontakt gebeurt.

2 Grotendeels de patient: de patient geeft voor het grootste deel richting aan wat er gebeurt in het kontakt. Is veel aan het woord en de arts remt dit niet af. De patient probeert regelmatig het kontakt in een bepaalde richting te sturen, neemt regelmatig initiatieven door met nieuwe informatie te komen, door een mening te geven enz., terwijl er van de huisarts veel minder uitgaat.

3 Beide ongeveer evenveel: de huisarts en patient zijn ongeveer evenveel aan het woord. Nu eens de patient wat meer om informatie te geven of zijn zienswijze over wat er aan de hand is of moet gebeuren duidelijk te maken, dan weer de huisarts om uitleg te geven of om voorstellen te doen. Beiden hebben een inbreng en nemen initiatieven, afhankelijk van het gespreksthema en van de vereiste deskundigheid.

4 Grotendeels de huisarts: de huisarts geeft grotendeels richting aan het gesprek. Het is niet zo, dat hij het kontakt volledig domineert, maar hij is wel het meeste aan het woord, geeft richting aan wat er allemaal gebeurt, neemt initiatieven enz.

5 Uitsluitend de huisarts: de huisarts domineert het gesprek van het begin tot het eind, is voortdurend aan het woord, neemt alle initiatieven zelf, legt geen voorstellen voor aan de patient enz. (arts loopt over patient heen).

10. Wie neemt de uiteindelijke beslissing voor het te voeren beleid? Tau-B
.53

1 huisarts 2 samen 3 patient 9 n.t.b.

1 De huisarts: de patient neemt of krijgt geen enkele stem in het opstellen van het plan.

2 Samen.

3 De patient: de huisarts laat de uiteindelijke beslissing over het te voeren beleid aan de patient over.

Bij voortijdige beëindiging van het kontakt (bijvoorbeeld band na onderzoek niet gestart), worden zoveel mogelijk vragen beoordeeld. Dit houdt in dat alleen bij de vragen 8 en 10 een 9 van toepassing is.

11. Is er sprake van een globaal begin?

Tau-B

1 zeer globaal

5 totaal niet globaal

.51

1 Zeer globaal: De beginfase van het contact is globaal, oriënterend en open van karakter. De huisarts geeft aan de patient de ruimte om richting aan het contact en hypothesen over de klachten of problemen te geven. De vragen of handelingen van de arts zijn zodanig dat ze het denkspoor van de patient naar voren halen. Pas wanneer daarover meer duidelijkheid bestaat, tracht de huisarts nieuwe informatie in te winnen door een gerichte anamnese, onderzoek of bespreking van signalen. Deze beginfase wordt dus in ieder geval gekenmerkt door open en indirecte vragen van de huisarts (bijvoorbeeld "vertel er eens wat meer over" e.d.).

2 Globaal;

3 Deels wel, deels niet globaal;

4 Weinig globaal;

5 Totaal niet globaal: de huisarts laat een eerste globale oriëntatie rondom de klachten of problemen van de patient volledig achterwege. Op basis van de informatie, waar de patient mee binnenkomt, tracht hij onmiddellijk specifieke of concrete informatie bij de patient te achterhalen om zijn eigen denkspoor, zijn eigen hypothesen te toetsen. Het is de huisarts, die vanaf het begin richting geeft aan het contact en aan de hypothesen over de klachten of problemen. Het beantwoorden van vragen door de huisarts mag hier niet bij betrokken worden.

12. Doet de huisarts directe pogingen om te achterhalen waar de patient voor komt? (Hulpvraagverheldering)

Tau-B

1 zeer volledig

5 zeer onvolledig

.61

1 Zeer volledig: de huisarts doet expliciete pogingen om de hulpvraag te verhelderen (bijvoorbeeld "Wat wilt u dat ik voor u doe? Wilt u weten of u iets ernstigs mankeert? Wilt u iets voor de pijn? Wilt u dat ik u verwijs? enz.) De huisarts besteedt hier uitgebreid aandacht aan, door te streven naar een compleet beeld van de wensen en verwachtingen van de patient.

2 Volledig;

3 Deels volledig, deels onvolledig;

4 Onvolledig;

5 Zeer onvolledig: de huisarts doet geen enkele expliciete en directe poging om de hulpvraag te verhelderen.

(N.B. Bij de beoordeling is het niet van belang of de patient zelf al duidelijk aangeeft waar hij/zij voor komt).

13. In welke mate is de huisarts uitgebreid en begrijpelijk in zijn uitingen naar de patient? Tau-B
.51

1 zeer goed

5 zeer slecht

1 Zeer goed: de huisarts formuleert het hele kontakt door konkreet en duidelijk waar hij aan denkt, wat hij van plan is, wat hij aan het doen is, waarom hij bepaalde dingen wil doen, enz. zodat de patient op elk moment op de hoogte is van wat er gebeurt. De huisarts verwoordt allerlei stappen in het hulpverleningsproces uitgebreid, begrijpelijk en expliciet. De informatie is volledig en ook voor een leek te begrijpen. Bijvoorbeeld uitleggen van wat hij aan lichamelijk onderzoek gaat doen en waarom; bespreking van mogelijke onaangename effecten van onderzoek; voorleggen van een hypothese over de klachten van de patient, zodat deze daarop kan reageren; uitleg rond praktische gang van zaken bij lab. onderzoek of verwijzing; bespreking van ziekteverloop; geven van prognose enz. De arts is in zijn kommunikatie naar de patient direkt, dat wil zeggen hij spreekt zonder omwegen uit waar hij naar toe wil en draait er niet omhaan als het om iets moeilijks gaat.

2 Goed

3 Niet goed, niet slecht

4 Slecht

5 Zeer slecht: de huisarts geeft niet of nauwelijks informatie aan de patient, roncom wat er in hem omgaat of waar hij mee bezig is, zodat de patient passief moet afwachten en niet in staat is om mee te denken of te beslissen.

N.B. Dit betreft het hele kontakt.

14. In hoeverre tracht de huisarts de patient actief te stimuleren om mee te denken en te beslissen in het kontakt? Tau-B
.53
- 1 zeer goed 2 goed 3 deels goed, deels slecht
4 slecht 5 zeer slecht
- 1 Zeer goed: De huisarts zet de patient het hele kontakt door (letterlijk) aan het werk. Hij onthoudt zich ervan om meteen zelf met een konklusie of een oplossing te komen. Als hij een hypothese of een oplossing heeft, dan legt hij die zo open mogelijk ter overweging aan de patient voor. De huisarts probeert door middel van open vragen, parafraseren, het laten horen van een instemmend of aanmoedigend geluid de patient aan te moedigen om mee te denken en te beslissen in het kontakt.
- 5 Zeer slecht: de huisarts neemt het hele kontakt door allerlei initiatieven, geeft oordelen, neemt beslissingen, zonder de patient gestimuleerd te hebben zelf met een mening te komen of zonder de initiatieven, oordelen of beslissingen aan de patient er overweging voor te leggen.
15. In hoeverre beantwoordt de huisarts de vragen, die de patient stelt met betrekking tot: Tau-B
- a. oorzaak .72
b. diagnose .48
c. gevolgen .61
d. te voeren beleid .45
- 1 adequaat 2 deels wel, deels niet adequaat
3 niet adequaat
- 1 de huisarts geeft antwoord op de vragen die de patient stelt.
3 de huisarts negeert de vragen die de patient stelt.
8 n.v.t.
- Het gaat hierbij om de eerste of belangrijkste klacht.

16. Hoe hanteert de huisarts de informatie over de eigen opvattingen van de patient met betrekking tot:	Kappa
a. oorzaak	.44
b. diagnose	.39
c. gevolgen	.31
d. te voeren beleid	.42
1 actief adequaat	2 passief adequaat
3 negeren	4 inadekwaat meegaan
5 bestrijden	6 niet te rubriceren
8 n.v.t.	

1 Overwegend actief adequaat: de huisarts gaat op een actieve manier om met opvattingen van de patient. De huisarts poogt door meer vragen te stellen die opvattingen verder uit te diepen. De huisarts komt niet direkt met eigen ideeën, maar tracht zich in te leven in hetgeen de patient vertelt en tracht de bedoeling van hetgeen gezegd wordt te achterhalen. De huisarts tracht het gevoel of de wensen en opvattingen van de patient met eigen woorden weer te geven.

2 Overwegend passief adequaat: de huisarts aanhoort de inbreng van de patient en laat merken dat hij nu weet wat de patient wil of denkt.

3 Overwegend negeren: de huisarts negeert de uitlatingen, doet of de patient niets belangrijks heeft gezegd.

4 Overwegend inadekwaat meegaan: de huisarts gaat onmiddellijk mee met de patient zonder kritische evaluatie; de-klant-is-koning houding.

5 Overwegend bestrijden: de huisarts bestrijdt onmiddellijk de uitlatingen van de patient onder andere door de patient niet serieus te nemen of ondeskundig te achten.

6 Niet te rubriceren: deze antwoordcategorie wordt gebruikt als geen van bovenstaande rubrieken overwegend aanwezig is.

8 N.v.t.

Het gaat hierbij om de eerste of belangrijkste klacht.

17. Hoe reageert de huisarts op expliciete wensen?	Kappa
1 actief adequaat	5 bestrijden
6 niet te rubriceren	8 n.v.t.

(Zie vraag 16).

Procedure om bij verschil tussen de beoordelaars te komen tot een definitieve beoordeling.

152

De bewerking van de scores is in een aantal stappen geschied.

Bij de "ja/nee" scores is uitgegaan van de gedachte dat wanneer een van beide beoordelaars een vraag of informatieverstrekking gehoord heeft, deze inderdaad heeft plaatsgevonden, en de andere beoordelaar deze waarschijnlijk over het hoofd gezien heeft. Voor vraag 4 en 7 betekent dit dus dat wanneer een van beide beoordelaars een "ja" heeft gescoord, als uiteindelijke score ook een "ja" geldt.

De erbij behorende variabelen (vraag 7a) zijn als volgt samengevoegd: Wanneer een van beide beoordelaars "niet van toepassing" heeft gescoord en de ander een "1", "2" of "3", dan wordt deze laatste score overgenomen. Wanneer beide beoordelaars een "1", "2" of "3" hebben toegekend en deze niet identiek zijn is een van beiden "willekeurig" overgenomen met behulp van een speciaal computer-programma.

Voor de variabelen van vraag 15 (de mate waarin de huisarts adequaat reageert op vragen van de patient) geldt dezelfde bewerking als voor vraag 7A.

Voor vraag 15 tenslotte zijn de scores op dezelfde wijze samengevoegd als de overige, zij het dat bij deze vraag de antwoordalternatieven 4, 5, 6, zijn gereduceerd tot een, n.l. "5".

Bovenstaande procedure is ook toegepast bij vraag 3. Hierbij dient te worden opgemerkt dat wanneer bij 3 op basis van toeval een "nee" werd toegekend (dat wil zeggen als de "willekeurige" keuze voor een van de scores een "nee" bleek te zijn), dit als konsekwentie had dat 3A en 17 automatisch een "niet van toepassing" score kregen toegekend. Op deze wijze blijven de scores binnen een kontakt konsekwent.

Bijlagen behorend bij hoofdstuk IV

**Overzicht van het voorkomen van mogelijke-inbreng-aspekten in
samenhang met achtergrondgegevens
uitgedrukt in percentages van het totale aantal kontakten.**

154

De samenhang is, afhankelijk van het meetnivo van het betreffende achtergrondgegevens, uitgedrukt in de associatiematen Tau B, Tau C en Cramer's V. De statistische significantie is weergegeven in de p-waarde van de χ^2 toets.

In verband met de beschikbare ruimte zijn de aspecten van de mogelijke inbreng genummerd:

- R1 Doelgerichte redenen van hulpvragen
- R2 Gevoelsmatig gekleurde redenen van hulpvragen
- R3 Door anderen gestuurd
- W Wensen met betrekking tot respectievelijk:
 - W1 lichamelijk onderzoek
 - W2 praten over persoonlijke problemen
 - W3 behandeling
 - W4 verwijzing
 - W5 informatie
- EMD Eigen mening over diagnose

Achtergrond-gegevens		Redenen van hulpvragen			Wensen				Eigen mening	
		R1	R2	R3	W1	W2	W3	W4	W5	EMD
<hr/>										
N totaal	562									
Leeftijd	percentage van totaal	58%	58%	35%	31%	19%	62%	20%	55%	76%
10 - 29 jaar		52	56	37	28	17	61	18	57	75
30 - 49 jaar		62	65	32	36	19	61	20	57	80
50+		60	49	37	27	23	64	21	46	71
p/chi ²		.06	.01	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Tau C		-.08	.03	.02	-.02	-.05	-.02	-.03	.07	-.01
p/Tau C		.03	.27	.36	.33	.09	.33	.22	.06	.37
<hr/>										
N totaal	562									
Geslacht	percentage van totaal	58%	58%	35%	31%	19%	62%	20%	55%	76%
vrouw		58	59	33	28	18	61	15	53	76
man		56	58	38	36	20	63	26	57	77
p/chi ²		ns	ns	ns	.05	ns	ns	.00	ns	ns
Tau B		.02	.01	-.05	-.08	-.02	.03	-.13	-.03	.02
p/Tau B		.31	.40	.12	.02	.33	.27	.00	.23	.33
<hr/>										
N totaal	542									
Verzekering	percentage van totaal	58%	59%	36%	31%	19%	62%	20%	55%	77%
Ziekenfonds		60	60	39	29	18	65	20	58	77
Partikulier		53	54	27	35	21	53	20	46	77
p/chi ²		ns	ns	.02	ns	ns	.02	ns	.01	ns
Tau B		.06	.06	.10	-.05	-.03	.10	.00	.11	.00
p/Tau B		.10	.09	.01	.10	.26	.01	.49	.01	.48

Achtergrond-gegevens		Redenen van hulpvragen			Wensen				Eigen mening	
		R1	R2	R3	W1	W2	W3	W4	W5	EMD
N totaal 548										
Opleiding	percentage van totaal	57%	58%	35%	31%	19%	62%	19%	55%	76%
LO		62	60	40	28	24	66	21	55	71
MO		57	57	36	31	17	63	18	57	79
HO		43	57	19	35	13	47	19	49	79
p/chi ²		.01	ns	.00	ns	.03	.01	ns	ns	ns
Tau C		.12	.03	.12	-.05	.09	.11	.02	.02	.07
p/Tau C		.00	.25	.00	.1	.00	.01	.29	.3	.03
N totaal 556										
Frekwentie huisarts-bezoek	percentage van totaal	58%	58%	35%	31%	19%	62%	19%	55%	76%
≥ 4 x per jaar		69	71	33	33	40	65	29	57	82
2 à 3 x per jaar		58	58	33	33	18	60	18	55	73
≤ 1 x per jaar		48	53	40	24	9	62	16	53	81
p/chi ²		.01	.04	ns	ns	.00	ns	.07	ns	ns
Tau C		.12	.09	-.05	.07	.2	.01	.06	.02	.02
p/Tau C		.00	.01	.11	.04	.00	.41	.03	.33	.32

Achtergrond-gegevens		Redenen van hulpvragen			Wensen				Eigen mening	
		R1	R2	R3	W1	W2	W3	W4	W5	EMD
<hr/>										
N totaal	554									
Hoe lang deze huisarts?	percentage van totaal	58%	59%	35%	31%	18%	61%	20%	55%	76%
< 5 jaar		62	59	35	27	21	63	20	59	75
5 - 10 jaar		57	67	34	39	13	62	19	58	81
> 10 jaar		55	53	36	27	21	60	20	49	74
p/chi ²		ns	.02	ns	.03	.07	ns	ns	ns	ns
Tau C		.06	.07	-.01	.02	-.01	.03	-.00	.09	-.02
p/Tau C		.08	.06	.40	.3	.4	.25	.46	.03	.31
<hr/>										
N totaal	519									
Met anderen gesproken	percentage van totaal	60%	61%	38%	31%	19%	63%	20%	58%	77%
ja		61	67	43	33	20	64	22	63	79
nee		59	49	25	28	18	61	15	47	72
p/chi ²		ns	.00	.00	ns	ns	ns	.09	.00	.08
Tau B		.02	.17	.17	.04	.03	.03	.08	.15	-.08
p/Tau B		.36	.00	.00	.16	.24	.26	.04	.00	.03
<hr/>										
N totaal	525									
Zelf-medikatie	percentage van totaal	60%	61%	37%	31%	19%	63%	20%	57%	76%
nee		55	58	39	32	20	59	21	56	73
ja		68	65	35	30	19	69	19	60	82
p/chi ²		.01	ns	ns	ns	ns	.03	ns	ns	.03
Tau B		-.12	-.06	.05	.01	.01	.10	.02	-.03	.10
p/Tau B		.00	.07	.15	.37	.42	.01	.32	.21	.01

Achtergrond-gegevens		Redenen van hulpvragen			Wensen				Eigen mening	
		R1	R2	R3	W1	W2	W3	W4	W5	EMD
<hr/>										
N totaal 527										
Ervaring met klacht	percentage van totaal	62%	62%	37%	31%	19%	64%	21%	58%	76%
ja		76	63	38	32	24	68	26	60	77
nee		33	59	36	31	11	57	11	55	75
p/chi ²		.00	ns	ns	ns	.00	.01	.00	ns	ns
Tau B		.42	.04	.02	.01	.16	.11	.18	.05	-.02
p/Tau B		.00	.19	.32	.40	.00	.01	.00	.15	.34
<hr/>										
N totaal 483										
Hoe lang deze klacht	percentage van totaal	63%	64%	38%	32%	20%	64%	21%	58%	78%
< 1 mnd		49	66	37	35	12	69	16	60	80
1 à 6 mnd		61	64	43	36	21	61	17	57	74
> 6 mnd		73	62	37	28	25	62	26	57	77
p/chi ²		.00	ns	ns	ns	.01	ns	.04	ns	ns
Tau C		-.23	.05	.01	.07	-.12	.06	-.10	.03	-.03
p/Tau C		.00	.16	.41	.06	.00	.11	.01	.30	.26
<hr/>										
N totaal 562										
Diagnose-groepen	percentage van totaal	58%	58%	35%	31%	19%	62%	20%	55%	76%
Restgroep		59	58	42	33	19	63	20	57	72
Nerveus-funkt.klachten		66	61	37	23	52	52	21	66	82
Bovenste luchtwegen		65	60	25	25	7	78	12	42	84
Bewegingsapparaat		62	79	38	39	12	63	32	71	74
Anticonceptie		22	14	10	26	9	37	4	18	84
p/chi ²		.00	.00	.00	ns	.00	.00	.00	.00	.07
Cramer's V		.24	.32	.20	.11	.32	.21	.19	.29	.13

Achtergrond- gegevens	Redenen van hulpvragen			Wensen					Eigen mening	159
	R1	R2	R3	W1	W2	W3	W4	W5	EMD	
N totaal	562									
Ernst	percentage	58%	58%	35%	31%	19%	62%	20%	55%	76%
	van totaal									
ernstig/matig		65	64	40	31	16	65	22	57	78
licht		62	57	36	30	25	66	21	57	73
n.t.b./n.v.t.		36	50	25	31	15	47	14	47	77
p/chi ²		.00	.05	ns	ns	.07	.00	ns	ns	ns
Cramer's V		.23	.12	.06	.03	.11	.16	.08	.08	.13

Overzicht van het voorkomen van feitelijke-inbreng-aspekten in samenhang met achtergrondgegevens
uitgedrukt in percentages van het totale aantal kontakten.

160

De samenhang is, afhankelijk van het meetnivo van het betreffende achtergrondgegevens, uitgedrukt in de associatiematen Tau B, Tau C en Cramer's V. De statistische significantie is weergegeven in de p-waarde van de chi² toets.

In verband met de beschikbare ruimte zijn de aspecten van de feitelijke inbreng genummerd:

- 1 expliciete hulpvraag in introductiefase
- 2 expliciete wensen m.b.t. onderzoek/verwijzing, medikatie, beleid
- 3 vragen oorzaak/diagnose
- 4 vragen beleid
- 5 informatie over begin klacht
- 6 informatie omstandigheden last
- 7 informatie over zelfmedikatie
- 8 informatie fluktuatie in klachtbeleving
- 9 beleving/betekenis
- 10 opvatting oorzaak
- 11 opvatting gevolgen/beleid
- 12 aandeel in denk- en beslisproces
- 13 wijze van inbrengen overwegend spontaan

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Leeftijd	N totaal	154	160	151	151	151	151	151	151	151	151	151	152	160
	percentage van totaal	26%	53%	30%	35%	73%	60%	31%	60%	42%	61%	60%	55%	48%
	10 - 29 jaar	28	43	29	20	73	58	27	56	32	55	51	53	33
	30 - 49 jaar	23	59	32	48	77	62	30	68	45	63	60	54	59
	50+	29	61	28	37	66	62	41	53	56	66	78	61	54
	p/chi ²	ns	.10	ns	.00	ns	ns	ns	ns	.07	ns	.03	ns	.02
	Tau C	.01	-.17	-.00	-.19	.04	-.04	-.10	-.02	-.20	-.09	-.21	-.06	-.18
	p/Tau C	ns	.03	ns	.01	ns	ns	ns	ns	.01	ns	.01	ns	.00
Geslacht	N totaal	154	160	151	151	151	151	151	151	151	151	151	152	160
	percentage van totaal	26%	53%	30%	35%	73%	60%	31%	60%	42%	61%	60%	55%	48%
	vrouw	24	55	35	35	70	61	28	58	49	58	61	58	48
	man	29	50	21	35	77	60	37	63	32	65	60	51	48
	p/chi ²	ns	ns	.09	ns	ns	ns	ns	ns	.05	ns	ns	ns	ns
	Tau B	-.06	.05	.15	.00	-.08	.01	-.10	-.05	.17	-.06	.01	.07	.01
	p/Tau B	ns	ns	.03	ns	ns	ns	ns	ns	.02	ns	ns	ns	ns
Verzekering	N totaal	151	157	148	148	148	148	148	148	148	148	148	149	157
	percentage van totaal	26%	54%	29%	35%	73%	60%	31%	60%	43%	61%	60%	55%	49%
	Ziekenfonds	22	50	30	32	73	66	33	63	42	61	57	53	48
	Partikulier	37	69	26	46	71	37	26	51	43	60	71	64	53
	p/chi ²	ns	.06	ns	ns	ns	.00	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
	Tau B	-.14	-.17	.04	-.12	.02	.25	.06	.10	-.00	.01	-.13	-.09	-.05
	p/Tau B	.04	.02	ns	.07	ns	.00	ns	ns	ns	ns	.06	ns	ns

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Opleiding	N totaal	150	156	147	147	147	147	147	147	147	147	147	148	156
	percentage	27%	53%	30%	35%	73%	61%	32%	60%	43%	62%	60%	55%	49%
	van totaal													
LO		27	50	30	32	67	67	26	61	45	62	65	47	43
MO		27	54	29	36	82	58	38	62	36	68	53	63	58
HO		21	67	33	47	60	53	33	53	60	33	73	58	40
p/chi ²		ns	ns	ns	ns	.07	ns	ns	ns	ns	.04	ns	ns	.08
Tau C		.02	-.08	-.00	-.08	-.07	.10	-.10	.02	.00	.07	.05	-.15	-.03
p/Tau C		ns	ns	ns	ns	ns	.10	.10	ns	ns	ns	ns	.04	ns
Frekwentie huisarts- bezoek	N totaal	153	159	150	150	150	150	150	150	150	150	150	151	159
	percentage	26%	53%	30%	35%	73%	60%	31%	60%	42%	61%	60%	55%	48%
	van totaal													
≥ 4 x per jaar		30	55	37	37	63	58	26	47	42	58	63	50	55
2 à 3 x per jaar		26	54	32	34	72	57	32	60	43	60	61	56	47
≤ 1 x per jaar		24	51	21	39	79	70	30	67	39	64	54	53	48
p/chi ²		ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Tau C		.03	.02	.10	-.02	-.08	-.08	-.01	-.10	.02	-.03	.05	-.01	.03
p/Tau C		ns	ns	.10	ns	ns	ns	ns	.10	ns	ns	ns	ns	ns
Duur relatie met huisarts	N totaal	150	156	147	147	147	147	147	147	147	147	147	148	156
	percentage	26%	53%	29%	35%	73%	60%	31%	61%	41%	60%	60%	55%	49%
	van totaal													
< 5 jr		33	62	33	43	74	54	35	63	50	67	70	70	64
5 - 10 jr		28	50	33	35	65	71	31	57	39	61	57	55	46
> 10 jr		18	48	23	29	81	54	29	63	36	54	54	41	37
p/chi ²		ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	.02	.08
Tau C		.13	.12	.09	.13	-.07	.01	.05	-.01	.12	.12	.14	.25	.17
p/Tau C		.04	.08	ns	.07	ns	ns	ns	ns	.09	.08	.06	.00	.01

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	N totaal	142	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	140	157
Met anderen	percentage	24%	50%	30%	34%	73%	61%	32%	61%	41%	61%	59%	55%	48%
klacht	van totaal													
besproken														
Ja		22	49	25	36	74	66	32	66	43	65	59	53	47
Nee		29	54	43	30	70	46	30	46	35	51	59	60	51
p/chi ²		ns	ns	.06	ns	ns	.05	ns	.05	ns	ns	ns	ns	ns
Tau B		-.07	-.05	-.17	.06	.03	.17	.02	.17	.07	.12	.0	-.06	-.07
p/Tau B		ns	ns	.02	ns	ns	.02	ns	.02	ns	.07	ns	ns	ns
	N totaal	143	149	149	149	149	149	149	149	149	149	149	141	158
Zelf-	percentage	24%	50%	29%	34%	73%	60%	31%	61%	42%	62%	60%	55%	48%
medikatie	van totaal													
Nee		24	47	29	35	75	59	24	60	43	62	58	55	42
Ja		25	55	31	33	71	62	43	62	40	62	62	56	57
p/chi ²		ns	ns	ns	ns	ns	ns	.02	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Tau B		-.00	-.08	-.03	.02	.04	-.03	-.20	-.02	.03	-.00	-.04	-.02	-.14
p/Tau B		ns	ns	ns	ns	ns	ns	.01	ns	ns	ns	ns	ns	.03
	N totaal	143	149	149	149	149	149	149	149	149	149	149	141	158
Ervaring	percentage	24%	51%	29%	35%	73%	61%	31%	61%	42%	61%	60%	55%	48%
met klacht	van totaal													
Ja		24	57	25	32	66	59	36	63	46	60	68	53	48
Nee		24	38	40	42	89	67	22	56	33	64	42	59	49
p/chi ²		ns	.05	.10	ns	.01	ns	ns	ns	ns	ns	.00	ns	ns
Tau B		.00	.17	-.15	-.10	-.23	-.07	.13	.07	.12	-.04	.24	-.05	.00
p/Tau B		ns	.02	.03	ns	.00	ns	.05	ns	.07	ns	.00	ns	ns

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	N totaal	137	142	142	142	142	142	142	142	142	142	142	135	151
Duur klacht	percentage van totaal	24%	50%	28%	34%	72%	61%	32%	63%	42%	64%	59%	56%	49%
< 1 mnd		19	36	23	32	80	59	25	61	29	71	43	47	48
1 à 6 mnd		26	55	35	35	71	58	23	45	35	61	71	59	41
> 6 mnd		28	62	29	34	65	65	45	74	60	58	69	62	54
p/chi ²		ns	.02	ns	ns	ns	ns	.03	.02	.00	ns	.01	ns	ns
Tau C		-.08	-.25	-.07	-.02	.14	-.06	-.19	-.13	-.30	.13	-.25	-.14	-.06
p/Tau C		ns	.00	ns	ns	.04	ns	.01	.07	.00	.07	.00	.06	ns
	N totaal	154	160	151	151	151	151	151	151	151	151	151	152	160
Diagnose-groepen	percentage van totaal	26%	53%	30%	35%	73%	60%	31%	60%	42%	61%	60%	55%	48%
Rest		19	53	37	29	73	49	29	60	37	51	51	54	49
Nerveus-funkt.klachten		44	68	17	42	62	75	37	62	71	100	79	75	52
Bovenste luchtwegen		13	52	27	41	73	50	23	45	27	54	64	43	43
Bewegingsapparaat		22	41	27	31	88	88	46	77	50	61	65	50	41
Anticonceptie		100	50	17	83	50	50	0	33	17	50	67	60	67
p/chi ²		.00	ns	ns	.08	ns	.00	ns	ns	.01	.00	ns	ns	ns
Cramer's V		.40	.16	.17	.24	.20	.32	.21	.21	.30	.36	.21	.19	.16
	N totaal	154	160	151	151	151	151	151	151	151	151	151	152	160
Ernst van aandoening	percentage van totaal	26%	53%	30%	35%	73%	60%	31%	60%	42%	61%	60%	55%	48%
zeer/matig		24	56	27	42	75	68	33	58	43	58	65	52	47
licht		25	57	34	36	69	47	34	66	49	66	59	59	52
n.t.b./n.v.t.		31	39	28	22	75	69	22	53	28	56	53	53	42
p/chi ²		ns	ns	ns	ns	ns	.04	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Cramer's V		.06	.14	.07	.15	.06	.21	.10	.10	.16	.09	.09	.07	.06

Overzicht van het voorkomen van feitelijke-inbreng-aspekten in samenhang met aspecten van de mogelijke inbreng

uitgedrukt in percentages van het totale aantal kontakten.

Voor verklaring der nummers zie bijlage IV-2.

[illegible]

[illegible]

Overzicht van het voorkomen van feitelijke-inbreng-aspekten in samenhang met een meer of minder op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze van de huisartsen

uitgedrukt in percentages van het totale aantal contacten.

Voor verklaring der nummers zij bijlage IV-2.

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	N totaal	154	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	152	160
Werkwijze	percentage	26%	53%	29%	38%	72%	60%	31%	59%	42%	60%	61%	55%	48%
huisarts	van totaal													
Meer op inbreng		35	62	26	40	72	64	34	62	51	65	75	63	42
Minder op inbreng		17	44	31	36	72	56	27	55	32	55	46	47	54
p/chi ²		.02	.03	ns	ns	ns	ns	ns	ns	.02	ns	.00	.07	.02
Tau B		.21	.19	-.05	.04	.00	.08	.07	.08	.19	.10	.29	.16	-.16
p/Tau B		.00	.01	ns	ns	ns	ns	ns	ns	.01	.09	.00	.02	.01

**Overzicht van het voorkomen van beleidsbeslissingen van de huisartsen in
samenhang met achtergrondgegevens
uitgedrukt in percentages van het totale aantal kontakten.**

De samenhang is, afhankelijk van het meetnivo van het betreffende achter-
grondgegevens, uitgedrukt in de associatiematen Tau B, Tau C en Cramer's V.
De statistische significantie is weergegeven in de p-waarde van de chi²
toets.

169

In verband met de beschikbare ruimte zijn de beleidsbeslissingen
genummerd:

- 1 Lichamelijk onderzoek
- 2 Recept geschreven
- 3 "Terugbesteld"
- 4 Begeleiding; uitleg wat er verder moet gebeuren
- 5 Geruststelling
- 6 Onduidelijk, afwachten
- 7 Advies, leefregel
- 8 Gesprek over persoonlijke problemen
- 9 Doorgestuurd voor verder onderzoek
- 10 Uitleg over ernst situatie

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
N totaal	562									
Leeftijd	percentage	71%	54%	26%	19%	17%	12%	12%	11%	10%
	van totaal									
10 - 29 jaar		66	53	21	15	15	12	11	13	10
30 - 49 jaar		73	54	25	24	22	12	12	10	12
50+		75	56	34	19	13	13	15	12	8
p/chi ²		ns	ns	.03	.06	.08	ns	ns	ns	ns
Tau C		.08	.02	.10	.05	.01	.00	.03	-.01	-.01
p/Tau C		.03	ns	.01	.06	ns	ns	ns	ns	ns
N totaal	562									
Geslacht	percentage	71%	54%	26%	19%	17%	12%	12%	11%	10%
	van totaal									
vrouw		69	55	26	20	18	12	10	13	10
man		74	53	25	18	16	12	16	9	11
p/chi ²		ns	ns	ns	ns	ns	ns	.09	ns	ns
Tau B		.06	-.02	-.00	-.02	-.03	.00	.08	-.06	.01
p/Tau B		.08	ns	ns	ns	ns	ns	.03	.08	ns
N totaal	542									
Verzekering	percentage	71%	53%	25%	19%	17%	12%	12%	11%	10%
	van totaal									
Ziekenfonds		70	55	25	18	18	11	12	11	9
Partikulier		74	48	24	23	15	16	14	14	15
p/chi ²		ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	.04
Tau B		.04	-.06	-.01	.06	-.04	.06	.03	.04	.09
p/Tau B		ns	.06	ns	.07	ns	.09	ns	ns	.01

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<hr/>											
N totaal 548											
Opleiding	percentage van totaal	70%	54%	26%	19%	17%	12%	12%	11%	10%	10%
LO		70	60	28	16	16	11	12	11	7	8
MO		67	51	25	19	17	12	12	12	10	10
HO		80	49	23	29	21	18	15	10	18	15
p/chi ²		.10	ns	ns	.05	ns	ns	ns	ns	.04	ns
Tau C		.03	-.09	-.04	.07	.03	.04	.01	-.00	.06	.04
p/Tau C		ns	.02	ns	.02	ns	.10	ns	ns	.01	.05
<hr/>											
N totaal 556											
Frekwentie huisarts-bezoek	percentage van totaal	70%	54%	26%	19%	17%	12%	12%	11%	10%	10%
≥ 4 x / jaar		61	65	43	24	14	10	7	15	11	6
2 à 3 x / jaar		69	55	24	18	19	12	11	12	9	8
≤ 1 x / jaar		79	48	20	20	14	13	18	7	15	16
p/chi ²		.02	.06	.00	ns	ns	ns	.04	ns	ns	.02
Tau C		.11	-.09	-.12	-.01	-.01	.02	.07	-.05	.03	.06
p/Tau C		.00	.01	.00	ns	ns	ns	.01	.03	.09	.00
<hr/>											
N totaal 554											
Duur relatie met huisarts	percentage van totaal	71%	54%	26%	19%	17%	12%	12%	12%	10%	10%
< 5 jaar		68	50	26	22	18	11	10	16	7	11
5 - 10 jaar		72	54	23	16	19	12	10	7	10	9
> 10 jaar		72	56	28	20	16	13	16	12	13	9
p/chi ²		ns	ns	ns	ns	ns	ns	.08	.05	ns	ns
Tau C		.03	.05	.02	-.01	-.03	.02	.06	-.03	.05	-.01
p/Tau C		ns	ns	ns	ns	ns	ns	.02	ns	.03	ns

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<hr/>											
N totaal	519										
Anderen gesproken	percentage van totaal	71%	54%	26%	20%	17%	12%	13%	12%	10%	10%
Ja		72	51	27	18	19	14	14	12	10	11
Nee		69	63	25	25	14	8	10	10	11	7
p/chi ²		ns	.01	ns	.07	ns	.05	ns	ns	ns	ns
Tau B		-.03	.11	-.01	.08	-.06	-.09	-.05	-.04	.01	-.06
p/Tau B		ns	.00	ns	.03	.07	.02	ns	ns	ns	.09
<hr/>											
N totaal	525										
Zelf- medikatie	percentage van totaal	71%	54%	26%	20%	17%	12%	13%	11%	10%	10%
Nee		67	57	27	22	17	11	12	11	8	10
Ja		77	51	24	17	19	14	13	12	13	10
p/chi ²		.02	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Tau B		.10	-.05	-.03	-.06	.03	.03	.00	.01	.08	-.00
p/Tau B		.01	ns	ns	.09	ns	ns	ns	ns	.04	ns
<hr/>											
N totaal	527										
Ervaring met klacht	percentage van totaal	71%	53%	27%	19%	18%	13%	13%	11%	11%	11%
Ja		66	55	27	18	17	10	11	13	11	11
Nee		80	49	27	21	19	17	17	9	10	11
p/chi ²		.00	ns	ns	ns	ns	.03	.10	ns	ns	ns
Tau B		.14	-.05	.00	.04	.02	.10	.08	-.05	-.01	.00
p/Tau B		.00	ns	ns	ns	ns	.01	.04	ns	ns	ns

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<hr/>											
N totaal 483											
Hoe lang	percentage	71%	54%	27%	20%	18%	12%	14%	12%	11%	10%
deze klacht	van totaal										
<hr/>											
< 1 maand		79	63	23	19	16	16	17	7	8	10
1 à 6 maanden		64	47	25	22	17	13	14	15	17	10
> 6 maanden		67	51	30	19	20	10	11	14	10	10
p/chi ²		.02	.01	ns	ns	ns	ns	ns	.09	.07	ns
Tau C		-.10	-.11	.07	-.01	.04	-.06	-.05	.06	.01	-.00
p/Tau C		.01	.01	.06	ns	ns	.04	.05	.03	ns	ns
<hr/>											
N totaal 562											
Diagnose-	percentage	71%	54%	26%	19%	17%	12%	12%	11%	10%	10%
groepen	van totaal										
<hr/>											
Rest		73	53	31	17	17	15	13	9	13	9
Nerveus-funkt.klachten		47	32	37	29	27	16	11	42	6	11
Bovenste luchtwegen		80	77	12	14	13	6	10	4	12	13
Bewegingsapparaat		77	43	20	20	18	12	19	3	8	9
Anticonceptie		61	71	14	23	12	2	0	12	2	8
p/chi ²		.00	.00	.00	ns	ns	.04	.02	.00	ns	ns
Cramers'V		.21	.26	.20	.11	.11	.13	.14	.35	.12	.05
<hr/>											
N totaal 562											
Ernst van	percentage	71%	54%	26%	19%	17%	12%	12%	11%	10%	10%
aandoening	van totaal										
<hr/>											
ernstig/matig		77	61	27	19	16	12	15	10	11	12
licht		66	50	26	18	19	11	11	15	8	9
n.t.b./n.v.t.		66	47	22	20	18	13	9	9	12	7
p/chi ²		.01	.02	ns	ns	ns	.05	ns	.20	ns	ns
Cramers'V		.14	.13	.05	.03	.04	.12	.08	.09	.06	.06

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
N totaal	542									
Terugbesteld	percentage	71%	54%	26%	19%	17%	12%	13%	11%	10%
	van totaal									
Ja	63	48	34	24	8	5	12	12	6	8
Nee	73	56	24	18	19	13	13	11	11	10
p/chi ²	.10	ns	.05	ns	.01	.05	ns	ns	ns	ns
Tau B	.08	.06	-.09	-.06	.11	.09	.00	-.01	.06	.03
p/Tau B	.04	.08	.02	.10	.00	.01	ns	ns	.07	ns

Overzicht van het voorkomen van vier beleidsbeslissingen van de huisartsen in samenhang met feitelijke-inbreng-aspekten uitgedrukt in percentages van het totale aantal contacten.

		Lichamelijk onderzoek	Recept	Geruststelling	Gesprek	175
<hr/>						
N Totaal	154					
Expliciete hulpvraag in intro- duktiefase	percentage van totaal	70%	55%	25%	16%	
Ja		57	42	33	12	
Nee		75	60	22	17	
chi ²		.07	.09	ns	ns	
Tau B		.16	.15	-.11	.05	
p/Tau B		.02	.03	.09	ns	
<hr/>						
N totaal	160					
Expliciete wensen	percentage van totaal	71%	56%	25%	15%	
Ja		60	54	25	16	
Nee		83	59	25	13	
chi ²		.00	ns	ns	ns	
Tau B		.25	.05	.01	-.04	
p/Tau B		.00	ns	ns	ns	
<hr/>						
N totaal	160					
Vragen over oorzaak/ diagnose	percentage van totaal	71%	56%	25%	15%	
Ja		83	56	37	13	
Nee		66	56	20	16	
chi ²		.05	ns	.04	ns	
Tau B		-.17	-.00	-.17	.03	
p/Tau B		.02	ns	.01	ns	

		Lichamelijk onderzoek	Recept	Geruststelling	Gesprek
<hr/>					
N totaal	160				
Informatie	percentage	71%	56%	25%	15%
over	van totaal				
beleving/betekenis					
Ja		66	46	37	24
Nee		74	63	16	9
chi ²		ns	.05	.00	.01
Tau B		.09	.17	-.24	-.21
p/Tau B		ns	.02	.00	.00
<hr/>					
N totaal	160				
Opvattingen	percentage	71%	56%	25%	15%
over	van totaal				
gevolgen/beleidsplan					
Ja		63	53	25	16
Nee		82	62	25	13
chi ²		.01	ns	ns	ns
Tau B		.21	.09	.01	-.05
p/Tau B		.00	ns	ns	ns
<hr/>					

Overzicht van het voorkomen van vier beleidsbeslissingen in samenhang met een meer of minder op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze van huisartsen
 uitgedrukt in percentages van het totale aantal kontakten (N = 160).

	Lichamelijk onderzoek	Recept	Geruststelling	Gesprek	177
N totaal 160					
percentage van totaal	71%	56%	25%	15%	
Werkwijze huisarts meer op inbreng gericht	60	44	30	24	
Werkwijze huisarts minder op inbreng gericht	81	69	20	6	
chi ²	.00	.00	ns	.00	
Tau B	.23	.25	-.11	-.24	
p/Tau B	.00	.00	.07	.00	

Overzicht van het voorkomen van aspecten van de werkwijze van de huisartsen vóór en ná de cursus

uitgedrukt in percentages van respectievelijk het totale aantal kontakten en het aantal kontakten waarin de desbetreffende aspecten van de feitelijke inbreng voorkomen.

178

	werkwijze huisartsen meer op gericht	globaal begin	hulpvraag- verheldering	uitgebreid duidelijk informatie	stimuleren aktief meedenken
N totaal	160				
percentage van totaal	50%	29%	17%	30%	24%
voor de cursus	39	22	14	22	16
na de cursus	61	35	21	38	32
p/chi ²	.01	ns	ns	.00	.05
Tau B	-.23	-.13	.15	-.23	-.17
p/Tau B	-.00	.04	.02	.00	.01
Adequate reactie op:					
	vragen over beleid	expliciete wensen	opvattingen over oorzaak	opvattingen over diagnose	opvattingen over beleid
N totaal	61	85	96	89	83
percentage van totaal	75%	42%	46%	36%	36%
voor de cursus	75	42	33	33	32
na de cursus	76	42	58	39	41
p/chi ²	ns	ns	.04	ns	ns
Tau B	-.01	-.06	-.24	-.02	-.05
p/Tau B	ns	ns	.01	ns	ns

Overzicht van het voorkomen van aspecten van de feitelijke inbreng van patiënten vóór en ná de cursus
uitgedrukt in percentages van het totale aantal kontakten.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
N totaal	154	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	152	160
percentage van totaal	26%	53%	29%	38%	72%	60%	31%	59%	42%	60%	61%	55%	48%
voor de cursus	22	50	27	35	67	57	26	60	37	57	56	49	44
na de cursus	30	56	30	41	77	62	35	57	46	62	65	61	52
p/chi ²	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Tau B	-.10	-.06	-.03	-.06	-.11	-.05	-.09	.02	-.09	-.05	-.09	-.13	-.06
p/Tau B	ns	ns	ns	ns	.08	ns	ns	ns	ns	ns	ns	.06	ns

179

- 1 expliciete hulpvraag in introductiefase
- 2 expliciete wensen
- 3 vragen oorzaak/diagnose
- 4 vragen plan
- 5 informatie over begin klacht
- 6 informatie omstandigheden last
- 7 informatie over zelfmedikatie
- 8 informatie fluktuatie in klachtbeleving
- 9 beleving/betekenis
- 10 opvatting oorzaak
- 11 opvatting gevolgen/plan
- 12 aandeel in denk- en beslisproces
- 13 wijze van inbrengen overwegend spontaan

Overzicht van het voorkomen van beleidsbeslissingen der huisartsen vóór en ná de korte cursus
 uitgedrukt in percentages van het totale aantal kontakten (N=160).

180

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<hr/>											
N totaal	160										
Samenhang met korte cursus	percentage van totaal	71%	56%	25%	22%	25%	13%	11%	15%	11%	9%
voor		70	61	20	14	19	12	7	10	11	2
na		71	51	30	31	31	14	15	20	11	16
p/chi ²		ns	ns	ns	.01	.10	ns	ns	ns	ns	.01
Tau B		.01	-.10	.11	.21	.14	.02	.12	.14	.00	.24
p/Tau B		ns	.10	.07	.00	.03	ns	.07	.04	ns	.00

- 1 Lichamelijk onderzoek
- 2 Recept
- 3 Terugbesteld
- 4 Begeleiding; uitleg wat er verder moet gebeuren
- 5 Geruststelling
- 6 Onduidelijk
- 7 Leefregel
- 8 Gesprek
- 9 Doorsturen
- 10 Uitleg ernst

- 1 Aalderen H. van, Hollenbeek P., Brouwer P. Syllabus Methodisch werken. Amsterdam, Huisartseninstituut Vrije Universiteit 1981
- 2 Anonymus (Editorial). Patients'views of general practice. Journal R.C. of Gen. Pract. 1983 5
- 3 Bain D. Doctor-patient communication in general practice consultations. Medical Education 1976 10 2 125-131.
- 4 Bain D. The content of physician-patient communication in family practice. J Fam Pract 1979 8 4 745-753.
- 5 Beek M. Gezondheid op verzoek? Afhankelijkheid in de arts-patient-relatie. Instituut voor Sociale Pedagogiek en Andragogiek. Nijmegen mei 1981.
- 6 Bensing J., Verhaak P. Gespreksgedrag. Konsultatierapport Eindhoven. Utrecht NHI 1980.
- 7 Bensing J., Verhaak P. Ruimte voor de patiënt. Ned. tijdschrift voor psychologie en aanverwante gebieden. 1982 37 19-33.
- 8 Bensing J., Sluys E. Leren luisteren, maar wat dan? Evaluatie van een gespreksttraining voor huisartsen. Nederlands tijdschrift voor Psychologie 1984 39 265-280.
- 9 Berents J., Bremer G., Bax M., Dijk W. van, Eltema J. Over de samenhang in het gesprek tussen huisarts en patiënt. Huisarts Wet. 1987 30 144-148.
- 10 Bergsma J., Fieret G. Rapport I; De 1e lijn. "Het spreekuur". Naar de huisarts terug. Katholieke Hogeschool Tilburg 1980. Vakgroep klinische psychologie en psychotherapie, Afdeling Preventie, Subfakulteit psychologie.
- 11 Bergsma J., Flohr P. Rapport III: De spreekkamer. Naar binnen en weer naar huis. Katholieke Hogeschool Tilburg 1982. Vakgroep klinische psychologie en psychotherapie, Afdeling Preventie, Subfakulteit psychologie.
- 12 Boelen J., Bremer J. Verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid. Medisch Contact 1987 42 728-730.
- 13 Boom W.H., Lamberts H., Fromm J., Blondell R. Patient en huisarts - Rochester (VS) en Ommoord met elkaar vergeleken. Huisarts Wet. 1978 21 246-252.

- 14 Boreham P., Gibson D. The informative process in private medical consultations: a preliminary investigation. *Soc.Sci & Med.* 1978 12 409-416.
- 15 Bradley N.C.A. Expectations and experience of people who consult in a training practice. *Journal R.C. of Gen. Pract.* 1981 31 420-425.
- 16 Bremer G.J. Klagen. Over klagen, in het bijzonder klagen bij de dokter (Inaugurale rede). Alphen a/d Rijn Stafleu 1980.
- 17 Brouwer W., Touw-Otten F. Van klacht tot klagen. *Huisarts Wet.* 1974 17 15-20.
- 18 Brown J., Stewart M., McCracken E., McWhinney I.R., Levenstein J. The patient-centered clinical method. 2. Definition and application. *J Fam Pract* 1986 2 75-80.
- 19 Browne R.M.B. Patient and professional interaction and its relationship to patients' health status and frequent use of health services. *Dissertation Abstracts International Series A.* 1978 39 2075.
- 20 Bruhn J.G. Trevino F.M. A method for Determining patients' perceptions of their health needs. *J Fam Pract* 1979 8 4 809-818.
- 21 Byrne P.S., Long B.E. Doctors talking tot patients. Royal College of General Practitioners 1984 (Reprint of 1976 edition).
- 22 Cassee E. Naar de dokter (Dissertatie). Meppel Boom 1973.
- 23 Di Matteo M.R., Dinicola D.D. Achieving patient compliance: the psychology of the medical practitioner's role. New York (etc.) Pegamon Press 1982.
- 24 Es J. van. Patiënt en huisarts, Leerboek huisartsgeneeskunde. Utrecht 1974 183-190.
- 25 Es J. van. Verantwoordelijkheid. *Medisch contact* 1987 42 711.
- 26 Eyk J.Th.M. van. Levensgebeurtenissen en ziekten (Dissertatie). Utrecht Huisartsenpers 1979.
- 27 Eyk J.Th. M. van, Gubbels J.W. Wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde. Utrecht: Commissie Wetenschappelijk Onderzoek Nederlands Huisartsen Genootschap 1983.

- 28 Fahrenfort M. Een doktersroman (Dissertatie) Amsterdam VU uitgeverij 1985.
- 29 Freidson E. Patient's views of medical Practice. Russel Sage Foundation. New York 1961.
- 30 Garrity T. Medical compliance and the clinician-patient-relationship. A Review. Social Science Med. 1981 15E 215.
- 31 Gewone ziekten. Uitgave NUHI Nijmegen 1980.
- 32 Good M.D., Good B.J., Nassi J. Patient requests in primary Health Care Settings: Development and Validation of a research instrument. Journal of behavioral medicine 1983 6 2 151-168.
- 33 Grol R., Tielens V. Een gestructureerde opleiding tot huisarts. Medisch Contact 1983 38 843.
- 34 Grol R. (Red.) Huisarts en somatische fixatie. Utrecht, Antwerpen Bohn, Scheltema & Holkema 1983.
- 35 Hattinga-Verschure J. Het verschijnsel zorg. Lochem De Tijdstroom BV 1977.
- 36 Have P. ten. Sequenties en formuleringen. Aspecten van de interactionele organisatie van huisartssprekuurgesprekken. (Dissertatie). Universiteit van Amsterdam. Faculteit Sociale wetenschappen 1987.
- 37 Holten-Vriesema J., Tompot C., Aalderen H. van. Methodisch werken. Huisarts Wet. 1978 21 322-335.
- 38 Horst F. v.d., Vierkant W., Meulders W. Probleemgeoriënteerde verslaglegging in de huisartspraktijk. Huisarts Wet. 1981 24 252-258 325-331.
- 39 Huygen F.J.A. Family Medicine. Nijmegen: Dekker en van de Vegt 1978.
- 40 Huygen F.J.A., Hoogen H van den, Neefs W. Gezondheid en Ziekte; een onderzoek van gezinnen. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1983 127 1612-1619.
- 41 Jones R.A. e.a. "On the perceived meaning of symptoms". Medical Care 1981 19 7 710.
- 42 Jong H. de. De persoonlijkheid van de huisarts en zijn werkwijze (Doktoraal scriptie) Nijmegen Psychologie 1983.

- 43 Kocken E., Til K. van. Heeft de patiënt iets te vertellen?
Handelingsonderzoek naar het verbeteren van de huisarts-patiënt-
communicatie. (Dissertatie) Amsterdam VU uitgeverij 1986.
- 44 Krol L. De consument als leidend voorwerp in de gezondheidszorg.
Onderzoek naar de achtergronden van verwijzingen naar de kinderarts.
(Dissertatie) Universiteit van Amsterdam 1985.
- 45 Lamberts H. Redenen om naar de dokter te gaan. Huisarts Wet.
1982 25 301-309.
- 46 Lamberts H., Hofmans I. Het gesprek met de patiënt: niet alleen voor
dokters een puzzle. Huisarts Wet. 1987 30 134-136.
- 47 Lawson R.J. Patients' attitudes to doctors. Journal R.C. of Gen. Pract.
1980 30 137-138.
- 48 Levenstein J.H., McCracken E.C., McWhinney I.R., Stewart M.A., Brown
J.B. The patient-centered clinical method. 1. A model for the doctor-
patient interaction in family Medicine. J Fam Pract
1986 1 24-30.
- 49 Like R., Zyzanski S. Patient requests in family practice: a focal point for
clinical negotiations. Family Practice 1986 3 216-228.
- 50 Lisdonk E.H. van de. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de
huisartspraktijk (Dissertatie). Nijmegen NUHI 1985.
- 51 Meyer J. Op zoek naar een klachtenlijst. Verslag van een
literatuuronderzoek. Huisarts Wet . 1979 22 386-394.
- 52 Mokkink H. Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van
huisartsen. /Dissertatie). Nijmegen. Meppel Knips Repro 1986.
- 53 Mootz M. De patient en zijn naasten (Dissertatie) Den Haag:
Drukkerij Pasmans J. BV 1981.
- 54 Neven E. Uitstelduur en praktijkvoering (Dissertatie) Asten (N.Br.):
Schriksdrukkerij BV 1980.
- 55 NHI - Projekt. "Patiëntenvoorlichting in de huisartsenpraktijk". 1982.
- 56 Pendleton D., Bochner S. The communication of medical information in
general practice consultations as a function of patients' social class.
Social Science and Medicine 1980 14A 669-673.

- 57 Pendleton D. Doctor - Patient Communication: A Review. in Pendleton D, Hassler J. Doctor - Patient Communication. London: Academic Press 1983. 187
- 58 Persoon J. Veranderingen in de patiënt-huisarts relatie (Dissertatie) Nijmegen: Dekker en v.d. Vegt 1975.
- 59 Pierloot R., Verhaest S. De patiënt-huisartsrelatie als voorwerp van psychologische research. Nederlands tijdschrift voor de psychologie 1982 37 13-17.
- 60 Pool J.J. Visser A.Ph. Verwachte en feitelijke kennis bij ziekenhuispatienten. Gezondheid en Samenleving 1980 1 37-47.
- 61 Poole D., Samson Fisher R. Understanding the patient: A neglected aspect of medical education. Social Science & Medicine 1979.
- 62 Raynes N. General Practice consultation study, some preliminary observations. Social Science and Medicine 1978 12 4A 311-315
- 63 Raynes N., Cairns V. Factors contributing to the length of general practice consultation. Journal R.C. of Gen. Pract. 1980 30 217 496-498.
- 64 Sachs H. Can Patients influence health decisions? Journal R.C. of Gen. Pract. 1982 32 691-694.
- 65 Sluys E. Is methodisch werken meetbaar? Huisarts Wet. 1983 26 290-296.
- 66 Sluys E. Red. Overzichtsstudie onderzoek eerste lijn. NIVEL Utrecht 1985.
- 67 Smits A.J.A. Kind, huisarts en gezin. (Dissertatie) Utrecht: Huisartsenpers 1978.
- 68 Smits A., Mekkink H., Mesker P. Preventie van somatische fixatie, deel 4. Prevara: een meetinstrument voor het handelen van de huisarts tijdens het spreekuur. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartseninstituut 1984.
- 69 Smits A., Mekkink H., Grol R. e.a. Spreekgedrag van huisartsen. Huisarts Wet. 1985 28 121-125.
- 70 Smits A.J.A., Huygen F.J.A. Huisarts en gezin. Utrecht: Bunge 1986.
- 71 Smits A., Grinten R. van der, Huygen F., Hoogen H. van den. Ze stuurden me naar de dokter. Huisarts Wet. 1987 terperse.
- 72 Spreeuwenberg C. Huisarts en Stervenshulp. Deventer v. Loghum Slaterus 1981 63 e.v.

- 73 Stewart M., Brown J., Levenstein J., McCracken E., McWhinney I. The patient-centered clinical method. 3. Changes in residents' performance over two months of training. *J Fam Pract* 1986 3 164-7.
- 74 Stimson G., Webb B. Going to see the doctor. The consultation-proces in general practice. London: Routledge and Kegan Paul 1975.
- 75 Themans. Het gesprek tussen huisarts en patiënt. *Huisarts Wet.* 1979 22 122.
- 76 Thomassen J.F.M. Consultanalyse (Dissertatie). Amsterdam VU uitgeverij 1986.
- 77 Tielens V. Consulten van huisartsen (Dissertatie) Nijmegen NUHI 1987.
- 78 Verhaak. Interpretatie en behandeling van Psychosociale klachten in de huisartsenpraktijk. Een onderzoek naar verschillen tussen huisartsen. (Dissertatie) Utrecht Nivel 1986.
- 79 Wallston K., Wallston B. Development of the multidimensional health locus of controle scales. *Health education Monographs* 1978 Vol 6 2 160-169.
- 80 Weel C. van Alledaagse ziekten en een gezond verstand. (Inaugurale rede) Nijmegen 1986.
- 81 Zee H. van der. Data-analyses. Een wegwijzer voor onderzoekers en gebruikers van onderzoek. Meppel Boom 1979.

De auteur van dit proefschrift, zoon van Karel van der Grinten en Jenny Fromageot, werd op 3 juni 1932 te Venlo geboren.

Hij behaalde zijn gymnasium B diploma in 1952. Na zijn militaire dienst studeerde hij medicijnen aan de Gemeentelijke Universiteit te Amsterdam, alwaar hij het artsexamen aflegde in 1964. In dat jaar werd hij huisarts te Venlo.

Hij was initiatiefnemer voor de stichting van het Gezondheidscentrum Withuis in Venlo, dat in 1973 in gebruik genomen werd.

In 1977 werd hij huisartsenopleider aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut. Daar deed hij de inspiratie op voor deze dissertatie, waaraan hij daadwerkelijk begon te arbeiden in 1981.

Honderden patiënten leverden anoniem de belangrijkste bijdrage aan dit onderzoek. Voor hun inbreng ben ik hen zeer dankbaar. Datzelfde geldt voor de huisartsen en assistentes in Venlo en omgeving, in wier praktijken de vragenlijsten getest konden worden.

De collega's van mijn HAO-groep en hun assistentes ben ik zeer erkentelijk voor hun belangeloze medewerking bij het verzamelen van het onderzoeksmateriaal in hun praktijken. Dat was een heel karwei! De inzet van de groep bij mijn cursus heeft mij veel inspiratie gegeven om verder te gaan. Het schrijven van dit proefschrift was vaak een eenzame strijd. Dank zij de krachtige, bemoedigende en vriendschappelijke ondersteuning van Frans Huygen, Anton Smits en Henk van den Hoogen behaalde ik de eindoverwinning. De beginfase heb ik overleefd dank zij Margaret van Kester en Hans de Jong.

Het bestuur en de medewerkers van het Gezondheidscentrum Withuis en met name Fons, Tonnie en Harry boden mij ruimschoots de gelegenheid om dit werk te voltooien. Dank je wel!

Zonder de hulp en zorgvuldigheid van Annemieke bij het typen en rangschikken zou het werk nog steeds niet voltooid zijn. Bedankt!

Mijn belangrijkste houvast was Annemie: dank zij haar relativerende interventies en haar niet aflatende morele en materiele bijstand ben ik op de been gebleven. De konsekwenties van deze interactie zullen buiten dit proefschrift verder worden uitgewerkt.

Stellingen behorende bij het proefschrift Inbreng van Patiënten

1. Een patiënt die niets zegt, is niet vanzelfsprekend een patiënt, die niets te zeggen heeft.
2. Patiënten dienen meer vragen te stellen, zodat zij beter te weten komen wat de (huis-)arts te bieden heeft aan gezondheidszorg.
3. Onderzoek naar gesprekken tussen huisartsen en patiënten in de spreekkamer wint aan relevantie als dit gepaard gaat met zelfrapportage door de gespreksdeelnemers. (vgl. H. Lamberts en I.M. Hofmans-Okkes H & W 1987 blz. 136).
4. Voor een adequate prescriptie is het aanbevelenswaardig dat huisartsen met patiënten overleggen vóórdat naar het receptenblok gegrepen wordt.
5. Een formulier met mogelijke-inbreng-aspekten, door de patiënt in de wachtkamer in te vullen en daarna te bespreken met de huisarts, kan een belangrijke stap voorwaarts betekenen in het bevorderen van inbreng van patiënten bij het spreekuurcontact.
6. Door patiënten hun eigen Röntgenfoto's te laten bewaren, zoals o.a. in Frankrijk usance is, worden verwisselingen vermeden, komt archiefruimte vrij en wordt de eigen verantwoordelijkheid van patiënten bevorderd.
7. Onjuiste beeldvorming bij medische studenten met betrekking tot de eerste en tweede lijn kan voorkomen worden door een transmurale curriculum (In: Te leer in de eerste lijn; inaugurale rede H. Crebolder, RL 1987).
8. Het laten vervallen van de eis dat stellingen geen betrekking mogen hebben op het onderwerp van het proefschrift, werkt vernauwing van het blikveld van promovendi in de hand. (Art. 30 Herziene promotieregeling van de Katholieke Universiteit Nijmegen, oktober 1987).
9. Als onderdeel van thuiszorg is niet alleen het leveren van huisartsenzorg in de thuissituatie van wezenlijk belang, maar ook het reduceren van de behoefte aan tweedelijnszorg (Stelling in hoofdstuk 4 van de discussienota LHV: De positie van de huisarts in de toekomst).
10. De belangrijkste hervorming die Gazi Mustafa Kemal (Atatürk) als eerste president doorvoerde in de nieuwe republiek Turkije was de afschaffing van het kalifaat op 2 maart 1924.
11. Ondanks alle emancipatoire ontwikkelingen blijft er gelukkig toch verschil bestaan tussen leden van het mannelijk en vrouwelijk geslacht. Vive la petite différence.

Er is en wordt heel wat geschreven over de arts-patient-kommunikatie. Onderzoek op dit gebied heeft voornamelijk betrekking op het aandeel van de arts. De bijdrage van patienten blijkt een grotendeels onontgonnen terrein van onderzoek te zijn.

In deze dissertatie geeft de auteur aan in hoeverre inbreng van patienten bij het spreekuurkontakt is te objektiveren en meetbaar te maken. Hij onderscheidde daarbij de begrippen mogelijke en feitelijke inbreng: datgene wat patienten zouden kunnen inbrengen en datgene wat zij werkelijk te berde brengen tijdens het spreekuurkontakt. Daar tussen blijkt nogal wat verschil te zijn: er lijkt tijdens het konsult veel verborgen te blijven.

De gegevens uit dit onderzoek zijn te gebruiken bij de G.V.O -programma's, gericht op het bevorderen van de eigen verantwoordelijkheid van patienten in de zorg voor hun gezondheid. Ook bij onderwijs en nascholing van huisartsen kan gebruik gemaakt worden van de uitkomsten van dit onderzoek.